



New York



# Le damos la bienvenida a la comunidad

**Manual del miembro de Medicaid Managed Care**

Revisado en 2023

**United  
Healthcare**  
Community Plan



## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

UnitedHealthcare Community Plan proporciona lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos para ayudar a personas con discapacidades a comunicarse con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y demás formatos)
- Servicios de idioma gratuitos para las personas cuya lengua materna no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono gratuito del miembro que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

Si cree que UnitedHealthcare Community Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha tratado de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles:

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

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

Teléfono: **1-800-493-4647**, TTY **711**

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

Sitio web: Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

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

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

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

LANGUAGE ASSISTANCE

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

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

# Números de teléfono importantes

<b>Departamento de Servicios para Miembros</b> . . . . .	<b>1-800-493-4647</b>
(8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes)	
TDD/TTY (para personas con problemas de audición) . . . . .	<b>711</b>
<b>Su médico de cabecera:</b> . . . . .	Vea su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan
<b>Línea NurseLine</b> . . . . .	<b>1-877-597-7801</b>
<b>Departamento de autorización previa</b> . . . . .	<b>1-866-604-3267</b>
<b>Central del Departamento de Salud del Estado de New York</b> . . . . .	<b>1-518-473-5569</b>
<b>Servicios de salud conductual</b> . . . . .	<b>1-800-493-4647</b>
<b>Departamento de Salud del Estado de New York (Quejas)</b> . . . . .	<b>1-800-206-8125</b>
<b>New York Medicaid CHOICE</b> . . . . .	<b>1-800-505-5678</b>
<b>Línea directa del programa Growing Up Healthy del estado de New York</b> . . . . .	<b>1-800-522-5006</b>
<b>Red Nacional de Prevención del Suicidio (National Suicide Prevention Lifeline)</b>	
Teléfono . . . . .	<b>988</b>
Chat . . . . .	<a href="https://988lifeline.org/chat">988lifeline.org/chat</a>
<b>Línea directa de violencia doméstica</b>	
Inglés . . . . .	<b>1-800-942-6906</b>
Español . . . . .	<b>1-800-942-6908</b>
Personas con problemas de audición . . . . .	<b>1-800-810-7444</b>
<b>Línea directa de VIH/SIDA del NYS</b>	
Inglés . . . . .	<b>1-800-541-AIDS (2437)</b>
Español . . . . .	<b>1-800-233-SIDA (7432)</b>
TDD . . . . .	<b>1-800-369-AIDS (2437)</b>
<b>Audiencia imparcial del Estado de New York</b> . . . . .	<b>1-800-342-3334</b>
<b>Departamento de Servicios Financieros del Estado de New York</b> . . . . .	<b>1-800-342-3736</b>
<b>Departamentos de Servicios Sociales de los condados del norte:</b>	
Departamento de Servicios Sociales del condado de Albany . . . . .	<b>1-518-447-7300</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Broome . . . . .	<b>1-607-778-2669</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Cayuga . . . . .	<b>1-315-253-1011</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Chautauqua . . . . .	<b>1-716-661-8200</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Chemung . . . . .	<b>1-607-737-5309</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Chenango . . . . .	<b>1-607-337-1500</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Clinton . . . . .	<b>1-518-565-3222</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Columbia . . . . .	<b>1-518-828-9411</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Dutchess . . . . .	<b>1-845-486-3000</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Erie . . . . .	<b>1-716-858-8000</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Essex . . . . .	<b>1-518-873-3450</b>

**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711** 5  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

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

Departamento de Servicios Sociales del condado de Franklin . . . . .	<b>1-518-483-6770</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Fulton . . . . .	<b>1-518-736-5640</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Genesee . . . . .	<b>1-585-344-2580</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Greene . . . . .	<b>1-518-943-3200</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Herkimer . . . . .	<b>1-315-867-1291</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Jefferson . . . . .	<b>1-315-782-9030</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Lewis . . . . .	<b>1-315-376-5105</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Livingston . . . . .	<b>1-585-243-7300</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Madison . . . . .	<b>1-315-366-2211</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Monroe . . . . .	<b>1-585-753-2740</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Niagara . . . . .	<b>1-716-439-7600</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Oneida . . . . .	<b>1-315-798-5632</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Onondaga . . . . .	<b>1-315-435-2928</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Ontario . . . . .	<b>1-585-396-4060</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Orange . . . . .	<b>1-845-291-4000</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Orleans . . . . .	<b>1-585-589-7000</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Oswego . . . . .	<b>1-315-963-5000</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Rensselaer . . . . .	<b>1-518-270-3928</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Rockland . . . . .	<b>1-845-364-2000</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Seneca . . . . .	<b>1-315-539-1865</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Schenectady . . . . .	<b>1-518-388-4470</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de St. Lawrence . . . . .	<b>1-315-379-2276</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Tioga . . . . .	<b>1-877-882-8313</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Ulster . . . . .	<b>1-845-334-5000</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Warren . . . . .	<b>1-518-761-6300</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Wayne . . . . .	<b>1-315-946-4881</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Westchester . . . . .	<b>1-800-549-7650</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Wyoming . . . . .	<b>1-585-786-8900</b>
Departamento de Servicios Sociales del condado de Yates . . . . .	<b>1-315-536-5183</b>

**Ciudad de New York y Long Island:**

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

6 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY 711  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

---

## Otros recursos útiles

Oficina de Servicios y Apoyos para Adicciones (Office on Addiction Services and Supports, OASAS): <https://oasas.ny.gov/>

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

Para quejas sobre asesores, llame al **1-800-482-9564**, opción 5.

Oficina de Servicios Infantiles y Familiares (Office of Children and Family Services, OCFS):  
<http://ocfs.ny.gov/main/>

Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH):

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

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

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

Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN): [www.icannys.org](http://www.icannys.org)

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

Correo electrónico: [ican@cssny.org](mailto:ican@cssny.org)

Proyecto de Acceso a la Salud Comunitaria para Adicciones y Atención de Salud Mental (Community Health Access to Addiction & Mental Healthcare Project, CHAMP) del estado de New York:

Teléfono: **1-888-614-5400**

Correo electrónico: [Ombuds@oasas.ny.gov](mailto:Ombuds@oasas.ny.gov)

Red Nacional de Prevención del Suicidio:

Teléfono: **988**

Chat: [988lifeline.org/chat](https://988lifeline.org/chat)

---

**Sitio web** [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan)

## Otros proveedores de salud

Su PCP: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Su sala de emergencia más cercana: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia local: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

---

# Índice

<b>Le damos la bienvenida al programa Medicaid Managed Care de UnitedHealthcare Community Plan</b> .....	<b><u>11</u></b>
Cómo funcionan los planes de atención administrada .....	<u>11</u>
Confidencialidad .....	<u>12</u>
Cómo utilizar este manual .....	<u>13</u>
Ayuda de Servicios para Miembros .....	<u>14</u>
Su tarjeta de identificación del plan de salud .....	<u>17</u>
<b>Parte I: lo primero que debe saber</b> .....	<b><u>18</u></b>
Cómo elegir a su médico de cabecera (PCP) .....	<u>18</u>
Cómo obtener atención de la salud .....	<u>21</u>
Normas de las citas .....	<u>22</u>
Cómo obtener atención especializada y referidos .....	<u>23</u>
Obtenga estos servicios de UnitedHealthcare Community Plan sin un referido .....	<u>25</u>
Emergencias .....	<u>28</u>
Atención de urgencia .....	<u>30</u>
Atención fuera de los Estados Unidos .....	<u>30</u>
Deseamos mantenerle saludable .....	<u>31</u>
<b>Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan</b> .....	<b><u>32</u></b>
Beneficios .....	<u>32</u>
Nueva tecnología .....	<u>32</u>
Servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan .....	<u>33</u>
Atención de la salud conductual .....	<u>50</u>
Transporte que no sea de emergencia .....	<u>58</u>
Transporte de emergencia .....	<u>62</u>
Servicios no cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan .....	<u>62</u>

---

Servicios sin cobertura . . . . .	<a href="#">63</a>
Si recibe una factura . . . . .	<a href="#">64</a>
Autorización de servicio . . . . .	<a href="#">67</a>
Otras decisiones sobre su atención . . . . .	<a href="#">71</a>
Cómo pagamos a nuestros proveedores . . . . .	<a href="#">71</a>
Usted puede ayudar con las políticas del plan . . . . .	<a href="#">72</a>
Información de Servicios para Miembros . . . . .	<a href="#">72</a>
Manténganos informados . . . . .	<a href="#">73</a>
Cancelación de inscripción y transferencias . . . . .	<a href="#">74</a>
Apelaciones al plan . . . . .	<a href="#">76</a>
Apelaciones externas . . . . .	<a href="#">82</a>
Audiencias imparciales . . . . .	<a href="#">84</a>
Proceso de queja . . . . .	<a href="#">86</a>
Apelaciones de quejas . . . . .	<a href="#">88</a>
Derechos y responsabilidades de los miembros . . . . .	<a href="#">89</a>
Directrices anticipadas . . . . .	<a href="#">91</a>
Definiciones . . . . .	<a href="#">92</a>
Avisos del plan de salud sobre prácticas de privacidad . . . . .	<a href="#">105</a>

# Le damos la bienvenida al programa Medicaid Managed Care de UnitedHealthcare Community Plan

---

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

## Cómo funcionan los planes de atención administrada

### El plan, nuestros proveedores y usted

Es posible que haya oído hablar de los cambios en la atención de la salud. Muchos consumidores obtienen sus beneficios para la salud a través de la atención administrada, que proporciona un hogar central para su atención. Si usted estaba recibiendo servicios de salud conductual utilizando su tarjeta Medicaid, ahora esos servicios pueden estar disponibles a través de UnitedHealthcare Community Plan.

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

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

UnitedHealthcare Community Plan tiene un contrato con el Departamento de Salud del estado para satisfacer las necesidades de atención de la salud de las personas con Medicaid. Por nuestra parte, elegimos un grupo de proveedores de atención médica para ayudarle a satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, laboratorios y demás instalaciones de atención médica

## Bienvenido

---

forman nuestra **red de proveedores**. Encontrará una lista en nuestro Directorio de proveedores. Si no tiene un directorio de proveedores, llame al **1-800-493-4647** para obtener una copia o visite nuestro sitio web en [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan).

Cuando se inscriba en UnitedHealthcare Community Plan, uno de nuestros proveedores cuidará de usted. La mayor parte del tiempo esa persona será su médico de cabecera (primary care provider, PCP). Si necesita hacerse un análisis, consultar a un especialista o ir a un hospital, su PCP se encargará de ello.

Su PCP se encuentra disponible todos los días, durante el día y la noche. Si necesita hablarle fuera de horas de consulta o durante los fines de semana, deje un mensaje y la manera de localizarle. Su PCP se comunicará con usted lo antes posible. Aunque su PCP es su fuente principal de atención médica, en algunos casos, puede “referirse usted mismo” a ciertos médicos para obtener algunos servicios. Consulte la página 22 para más detalles.

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

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

## Confidencialidad

Respetamos su derecho a la privacidad. UnitedHealthcare Community Plan reconoce la confianza necesaria entre usted, su familia, sus médicos y otros proveedores de atención. UnitedHealthcare Community Plan nunca divulgará sus antecedentes médicos o de salud conductual sin su aprobación por escrito. Las únicas personas que tendrán su información clínica serán UnitedHealthcare Community Plan, su médico de cabecera y otros proveedores que le brinden atención y su representante autorizado. Su médico de cabecera o su administrador de la atención de Health Home, si tiene uno, siempre hablarán con usted con anticipación sobre los referidos a dichos proveedores. El personal de UnitedHealthcare Community Plan ha sido capacitado para mantener la estricta confidencialidad de los miembros.

## Cómo usar este manual

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

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

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

Si vive en los condados de la Ciudad de New York, Albany, Cayuga, Chemung, Chenango, Clinton, Columbia, Essex, Franklin, Fulton, Genesee, Jefferson, Lewis, Madison, Monroe, Nassau, Onondaga, Ontario, Orange, Orleans, Oswego, Rockland, Schenectady, St. Lawrence, Suffolk, Tioga, Ulster, Warren, Wayne, Westchester o Yates, también puede llamar a la Línea de Ayuda de Medicaid Choice de New York al 1-800-505-5678. Servicios para Miembros está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., llamando al **1-800-493-4647**. Si tiene problemas de audición, llame al Servicio de Transmisión TDD de AT&T al **711**.

# Ayuda de Servicios para Miembros

En Servicios para Miembros hay alguien que puede ayudarle. Simplemente llame al número gratuito **1-800-493-4647**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes, para comunicarse con Servicios para Miembros. Si tiene problemas de audición, llame al Servicio de retransmisión TTY/TDD de AT&T al **711**.

También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda **cuando tenga una pregunta** o necesite asistencia para elegir o cambiar de médico de cabecera (PCP, para abreviar), preguntar sobre beneficios y servicios, obtener ayuda con referidos, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, informar el nacimiento de un nuevo bebé o preguntar sobre cualquier cambio u otro asunto que pueda afectar sus beneficios o los de su familia. Si tiene preguntas sobre su atención médica o atención de salud conductual, después del horario laboral normal, puede llamar a la Línea de enfermería al 1-877-597-7801 para hablar con un enfermero.

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

Estamos orgullosos de tenerle como miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Esperamos lograr que su experiencia de atención de la salud sea lo más simple posible **a partir de hoy**. Nuestros defensores de miembros pueden responder las preguntas que usted pueda tener sobre los beneficios cubiertos por su plan y ayudarle a elegir un nuevo PCP si no tiene uno. Incluso podemos ayudarle a programar una visita de bienestar con su médico. Como nuevo miembro, recibirá una llamada de uno de nuestros defensores de miembros altamente capacitados para darle la bienvenida a nuestro plan. Nuestros defensores de miembros podrán responder cualquier pregunta que pueda tener sobre sus beneficios y médicos disponibles para usted, así como ayudarle a completar su evaluación de salud.

### Lo que necesita saber sobre su evaluación de salud

- Una evaluación de salud es una encuesta breve y sencilla con preguntas simples sobre su salud y estilo de vida
- Nos ayuda a conocerle mejor
- Le ayuda a aprovechar al máximo su plan de salud
- Nos ayuda a conectarle con los múltiples beneficios y servicios disponibles para usted
- Sus respuestas son confidenciales
- No reducirán de modo alguno su cobertura de atención médica
- ¡Solo demorará unos minutos en completarlo!

14 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

### ¿Se perdió nuestra llamada de bienvenida?

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

Si desea reunirse con un representante de UnitedHealthcare en persona para obtener más información sobre la cobertura de su plan de salud. Póngase en contacto con una de nuestras oficinas comunitarias locales para programar una cita para reunirse con un representante. Tenemos oficinas comunitarias convenientes:

#### **Condado de Kings**

6402 8th Avenue, Suite 107  
Brooklyn, NY 11220  
Horario de la oficina:  
de 9:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes

2343 86th Street  
Brooklyn, NY 11214  
Horario de la oficina:  
de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes

164 Brighton 11th Street  
Brooklyn, NY 11235  
Horario de la oficina:  
de 10:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes

#### **Condado de Niagara**

810 Portage Road  
Niagara Falls, NY 14301  
Teléfono: 716-285-8568  
Horario de atención:  
9:00 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes

#### **Condado de New York**

161 Canal Street  
New York, NY 10013  
Horario de la oficina:  
de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes  
35 East Broadway  
New York, NY 10002  
Horario de la oficina:  
de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes

#### **Condado de Onondaga**

7608 Oswego Road  
Liverpool, NY 13090  
Teléfono: 315-221-5114 o 315-221-5115  
Horario de atención:  
9:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes

#### **Condado de Queens**

136-02 Roosevelt Avenue  
Flushing, NY 11354  
Horario de la oficina:  
de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes  
37-52 82nd Street  
Jackson Heights, NY 11473  
Horario de la oficina:  
de 10:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes

#### **Condado de Suffolk**

462 Suffolk Avenue  
Brentwood, NY 11717  
Teléfono: 631-231-0180 o 631-231-0181  
Horario de atención:  
9:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes

#### **Condado de Westchester**

215 North Avenue, Unit C  
New Rochelle, NY 10803  
Horario de la oficina:  
de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes

## Bienvenido

---

Para miembros que viven en condados del norte del estado, llame a nuestra oficina de Syracuse para programar una cita con un representante de UHC en relación con una queja.

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

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

- Máquina de TTY (Nuestro número de teléfono TTY es **711**)
- Información en letra grande
- Administración de casos
- Ayuda para programar citas o transportarse hasta ellas
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad

**Si usted o su hijo está recibiendo atención en su casa ahora**, es posible que su enfermero o asistente no sepa que se ha unido a nuestro plan. **Llámenos de inmediato** para asegurarse de que su atención domiciliaria no se detenga inesperadamente.

## Su tarjeta de identificación del plan de salud

Después de que se inscriba, le enviaremos una carta de bienvenida. Su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan debe llegar dentro de los 14 días posteriores a la fecha de inscripción. Esta tiene impreso el nombre y el número de teléfono de su PCP (médico de cabecera). También tiene el número de identificación de cliente (Client Identification Number, CIN). Si hay algún problema en su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan, llámenos de inmediato. Su tarjeta de identificación no muestra que usted tiene Medicaid ni que el UnitedHealthcare Community Plan es un tipo especial de plan de salud.

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

### Medicaid para niños

	
Plan de salud (80840)	911-87726-04
Identificación del miembro: 001000001	Número del grupo: NYCDFHP
Miembro: NEW ENGLISH	Identificación del pagador: 87726
N.º DE IDENTIFICACIÓN DE CLIENTE: 9999999221	
Nombre del PCP: DOUGLAS GETWELL	
Teléfono del PCP: (718)260-4600	
UnitedHealthcare Community Plan for Families Administrado por UnitedHealthcare of New York, Inc.	
0501	

En una emergencia, vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. <small>Impreso: 01/26/23</small>	
Esta tarjeta no garantiza la cobertura. Para coordinar la atención, llame a su PCP. Para verificar los beneficios o encontrar un proveedor, visite el sitio web <a href="http://www.myuhc.com/communityplan">www.myuhc.com/communityplan</a> o llame.	
Para los miembros:	800-493-4647 TTY 711
NurseLine:	877-597-7801 TTY 711
Servicios para Miembros de NYRx:	855-648-1909 TTY 711
Para proveedores:	UHCprovider.com 866-362-3368
Reclamaciones médicas: PO Box 5240, Kingston, NY, 12402-5240	
Reclamaciones de farmacia: Rx BIN# 004740 Para el farmacéutico: NYRx:800-343-9000	
Los médicos que recetan deben iniciar la autorización previa de la receta: 877-309-9493	

### Medicaid para adultos

	
Plan de salud (80840)	911-87726-04
Identificación del miembro: 001000091	Número del grupo: NYCDFHP
Miembro: NEW ENGLISH	Identificación del pagador: 87726
N.º DE IDENTIFICACIÓN DE CLIENTE: 9999999433	
Nombre del PCP: DOUGLAS GETWELL	
Teléfono del PCP: (718)338-1616	
UnitedHealthcare Community Plan for Adults Administrado por UnitedHealthcare of New York, Inc.	
0501	

En una emergencia, vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. <small>Impreso: 01/26/23</small>	
Esta tarjeta no garantiza la cobertura. Para coordinar la atención, llame a su PCP. Para verificar los beneficios o encontrar un proveedor, visite el sitio web <a href="http://www.myuhc.com/communityplan">www.myuhc.com/communityplan</a> o llame.	
Para los miembros:	800-493-4647 TTY 711
NurseLine:	877-597-7801 TTY 711
Servicios para Miembros de NYRx:	855-648-1909 TTY 711
Para proveedores:	UHCprovider.com 866-362-3368
Reclamaciones médicas: PO Box 5240, Kingston, NY, 12402-5240	
Reclamaciones de farmacia: Rx BIN# 004740 Para el farmacéutico: NYRx:800-343-9000	
Los médicos que recetan deben iniciar la autorización previa de la receta: 877-309-9493	

**¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al 1-800-493-4647, TTY 711 17**  
 (Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

# Parte I:

## lo primero que debe saber

---

### Cómo elegir a su médico de cabecera (PCP)

El médico de cabecera (PCP) que figura en su tarjeta de identificación de miembro es su médico de cabecera asignado.

#### ¿Qué significa esto para usted?

Solo podrá obtener servicios de atención primaria del PCP en su tarjeta de identificación de miembro u otro médico de cabecera del mismo consultorio donde vea a su PCP asignado. Su PCP le brindará atención médica de rutina y hará derivaciones a otros médicos cuando sea necesario.

#### ¿Qué debe hacer?

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

#### ¿Por qué debería ver a un médico de cabecera?

“Atención de la salud regular” significa exámenes, chequeos regulares, vacunas u otros tratamientos para ayudarlo a estar bien, darle un consejo cuando lo necesita y referirlo a un hospital o especialista cuando sea necesario. Significa que usted y su PCP trabajen juntos para ayudarlo a estar bien o para ver que recibe la atención médica que necesita. De día o de noche, su PCP se encuentra solamente a una llamada telefónica de distancia.

#### ¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas o desea cambiar su PCP, comuníquese con nosotros de forma gratuita al **1-800-493-4647**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes.

### Es posible que desee encontrar un médico que:

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

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

Puede localizar a los proveedores participantes de UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky llamando a Servicios para Miembros por teléfono o a través de nuestro sitio web en línea en [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) y utilizando la herramienta de búsqueda Find-a-Doc. Si desea que se le envíe un directorio impreso por correo a su casa, debe llamar a Servicios para Miembros para solicitar uno. También puede obtener información sobre médicos de la red, como certificaciones de juntas médicas e idiomas que hablan, en [myuhc.com/CommunityPlan](http://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

Las mujeres no necesitan seleccionar un ginecólogo/obstetra primario. Las mujeres pueden recibir atención de cualquier médico obstetra/ginecólogo participante. Las mujeres no necesitan un referido de su médico de cabecera para consultar a un médico obstetra/ginecólogo del plan. Pueden realizarse chequeos de rutina (dos veces al año), recibir atención de seguimiento si hubiera algún problema y recibir atención regular durante el embarazo. No hay límites de visitas para la atención obstétrica/ginecológica.

## Parte I: lo primero que debe saber

---

También tenemos contrato con centros de atención médica con certificación federal (Federally Qualified Health Centers, FQHC). Todos los FQHC proporcionan atención primaria y en especialidades. Algunos consumidores desean recibir atención de los FQHC porque estos tienen una larga trayectoria en el vecindario. Tal vez desee probarlos porque son de fácil acceso. Debe saber que cuenta con una opción. Puede elegir a cualquiera de los proveedores enumerados en nuestro directorio. O puede inscribirse con un médico de cabecera en uno de los FQHC con los que trabajamos; están enumerados en el directorio de proveedores. Simplemente llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** para obtener ayuda.

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

- Tiene más de tres meses de embarazo en el momento de afiliarse a UnitedHealthcare Community Plan y está recibiendo atención prenatal. En ese caso, puede conservar a su proveedor hasta después del parto y de la atención postparto.
- En el momento de afiliarse a UnitedHealthcare Community Plan, tiene una afección o enfermedad que pone en riesgo su vida y empeora con el tiempo. En ese caso, puede pedir conservar a su proveedor durante hasta 60 días.
- En el momento en que se une a UnitedHealthcare Community Plan está recibiendo tratamiento por una afección de salud conductual. En la mayoría de los casos, puede seguir utilizando el mismo proveedor. Algunas personas pueden tener que elegir un proveedor que trabaje con el plan de salud. Asegúrese de hablar con su proveedor acerca de este cambio. UnitedHealthcare Community Plan trabajará junto a usted y su proveedor para asegurarse de que reciba la atención que necesita.
- En el momento en que se une a UnitedHealthcare Community Plan, Medicaid pagó regularmente por su atención domiciliaria y debe seguir recibiendo esa atención durante al menos 120 días. En ese caso, puede conservar su misma agencia de atención domiciliaria, enfermero o asistente, y la misma cantidad de atención domiciliaria, durante al menos 90 días.

UnitedHealthcare Community Plan debe informarle sobre cualquier cambio en su atención domiciliaria antes de que los cambios entren en vigencia.

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

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

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

## Cómo obtener atención de la salud

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

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

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

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

Su PCP se ocupará de la mayoría de sus necesidades de atención médica, pero usted debe concertar una cita con él. Si alguna vez no puede asistir a una cita, llame a su PCP para avisarle.

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

## Parte I: lo primero que debe saber

---

Si necesita atención antes de su primera cita, llame al consultorio de su PCP para explicarle el problema. Le dará una cita anticipada. De todos modos deberá acudir a la primera cita para hablar sobre sus antecedentes médicos y hacer preguntas.

## Normas de las citas

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

Exámenes físicos iniciales y de rutina para adultos	en un plazo de 12 semanas
Atención de urgencia	en un plazo de 24 horas
Visitas por enfermedad no urgentes	en un plazo de 3 días
Atención preventiva de rutina	en un plazo de 4 semanas
Primera visita prenatal	en un plazo de 3 semanas durante el primer trimestre (2 semanas durante el 2.º, 1 semana durante el 3.º)
Primera visita del recién nacido	en un plazo de 2 semanas desde el alta del hospital
Primera visita de planificación familiar	en un plazo de 2 semanas
Visita de seguimiento después de la visita a una sala de emergencias u hospitalización por problemas de salud mental/consumo de sustancias	5 días
Visita no urgente por problemas de salud mental o consumo de sustancias	1 semana

## Cómo obtener atención especializada y referidos

Si necesita atención que su PCP no puede brindarle, él o ella le REFERIRÁ a un especialista que sí pueda hacerlo. Si su PCP le refiere a otro médico, pagaremos por su atención. La mayoría de estos especialistas son proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Hable con su PCP para asegurarse de saber cómo funcionan los referidos.

Si cree que un especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarle si necesita consultar a otro especialista.

Existen algunos tratamientos y servicios para los que su PCP debe solicitar aprobación de UnitedHealthcare Community Plan antes de que usted pueda recibirlos. Su PCP podrá informarle cuáles son.

Los miembros solo necesitarán un referido de su PCP para ver a profesionales de atención médica en las siguientes categorías de especialidades:

- Alergia e inmunología
- Dermatología
- Endocrinología
- Gastroenterología
- Cirugía general
- Neurocirugía
- Cirugía ortopédica
- Otorrinolaringología
- Medicina física y rehabilitación/fisiatría
- Cirugía plástica
- Podiatría
- Medicina pulmonar
- Medicina deportiva
- Urología
- Cirugía vascular

Ya no se requerirán referidos para todos los demás tipos de especialidades.

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

Si no tenemos un especialista en la red de UnitedHealthcare que pueda darle la atención que usted necesita, le brindaremos esa atención de un especialista fuera de la red de UnitedHealthcare. Esto se denomina referido fuera de la red. Su PCP debe llamar al departamento de Autorización previa de UnitedHealthcare al **1-866-604-3267**, a fin de obtener autorización para que usted vaya a un especialista que no forme parte de la red de UnitedHealthcare. El especialista debe estar de acuerdo en trabajar con UnitedHealthcare y aceptar nuestros pagos como un pago total. Este permiso se llama "autorización previa". Su PCP le explicará todo esto cuando le envíe a un especialista que no pertenezca a la red de UnitedHealthcare. Consulte la sección "Autorización de servicios" para obtener más información sobre qué documentación debe incluir su solicitud para ver

## Parte I: lo primero que debe saber

---

a un proveedor que no esté en la red de UnitedHealthcare. Si UnitedHealthcare Community Plan aprueba el uso de un proveedor que no está en la red de UnitedHealthcare, usted no es responsable de ninguno de los costos, excepto los copagos descritos en este manual.

A veces, podemos no aprobar un referido fuera de la red porque tenemos un proveedor en UnitedHealthcare Community Plan que puede atenderlo. Si cree que nuestro proveedor del plan no tiene la capacitación o experiencia adecuadas para brindarle tratamiento, puede pedirnos que verifiquemos si su referido fuera de la red es médicamente necesario. Deberá solicitar una **apelación al plan**. Consulte la página 70 para saber cómo hacerlo.

A veces, podemos no aprobar un referido fuera de la red para un tratamiento específico porque usted solicitó atención que no es muy diferente de la que puede obtener del proveedor de UnitedHealthcare. Puede pedir que verifiquemos si su referido fuera de la red para el tratamiento que desea es médicamente necesario. Deberá solicitar una **apelación al plan**. Consulte la página 70 para saber cómo hacerlo.

Si necesita ver a un especialista en caso de atención continua, su PCP puede referirle por una cantidad de visitas específicas o un plazo definido (un **referido permanente**). Si usted tiene un referido permanente, no necesitará un nuevo referido cada vez que necesite atención.

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

- Que su especialista actúe como su PCP; o
- Un referido a un centro de atención médica de especialidades que se ocupe del tratamiento de su enfermedad.

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

Si desea que su especialista o proveedor de salud conductual participante actúe como su PCP, debe comentarlo con su especialista o proveedor de salud conductual participante y preguntarle al médico si está dispuesto a actuar como su PCP. Esto significa que su especialista o proveedor de salud conductual participante será responsable de gestionar sus necesidades generales de salud, coordinar las derivaciones para análisis de laboratorio, radiografías y otras visitas a especialistas. Si su especialista o proveedor de salud conductual participante está de acuerdo, pídale que envíe una carta por escrito confirmando que desea actuar como su PCP y el motivo a:

Member Services Director  
UnitedHealthcare Community Plan  
One Penn Plaza, 8th Floor  
New York, NY 10119

Revisaremos su solicitud y le informaremos cuando hayamos hecho vigente el cambio.

24 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

## Obtenga estos servicios de UnitedHealthcare Community Plan sin un referido

### Atención de la salud para la mujer

No necesita un referido de su PCP para consultar a uno de nuestros proveedores si:

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

### Planificación familiar

Puede obtener los siguientes servicios de planificación familiar: asesoría sobre anticonceptivos, recetas de anticonceptivos, condones masculinos y femeninos, pruebas de embarazo, esterilización o un aborto. Durante las consultas por estos motivos, también puede realizarse pruebas para detectar infecciones transmitidas sexualmente, un examen de cáncer de mamas o un examen ginecológico.

No necesita referido de su PCP para recibir estos servicios. De hecho, puede elegir dónde recibir estos servicios. Puede utilizar su tarjeta de identificación del plan para ver a uno de los proveedores de planificación familiar de UnitedHealthcare Community Plan. Consulte el Directorio de proveedores del plan o llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar un proveedor.

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

### Exámenes de detección de VIH y de ITS

Todas las personas deben conocer su estado de VIH. Las pruebas de detección del VIH y de las infecciones de transmisión sexual forman parte de su atención médica habitual.

- Puede realizarse una prueba de VIH o ITS cada vez que acuda a una visita al consultorio o a la clínica

## Parte I: lo primero que debe saber

---

- Puede realizarse la prueba del VIH o ITS cada vez que tenga servicios de planificación familiar. No necesita un referido de su médico de cabecera (Primary Care Provider, PCP). Solo debe concertar una cita con cualquier proveedor de planificación familiar. Si desea realizarse una prueba del VIH o infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infections, ITS), pero no como parte del servicio de planificación familiar, su PCP puede proveérsela o arreglarlo por usted.
- O, si prefiere no ver a uno de nuestros proveedores de UnitedHealthcare Community Plan, puede usar la tarjeta de Medicaid para ver a un proveedor de planificación familiar fuera de UnitedHealthcare Community Plan. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor del plan o un proveedor de Medicaid para los servicios de planificación familiar, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**.
- Todas las personas deben hablar con su médico sobre la realización de una prueba de VIH. Para obtener una prueba de VIH gratuita o una prueba en la que no se mencione su nombre, llame al 1-800-541-AIDS (inglés) o al 1-800-233-SIDA (español).

Algunas pruebas son “pruebas rápidas” y los resultados están listos mientras espera. El proveedor que le realice la prueba le explicará los resultados y organizará la atención de seguimiento si es necesario. También aprenderá cómo proteger a su pareja. Si el resultado de su prueba es negativa, podemos ayudarle a aprender a mantenerse así.

### Asesoramiento y pruebas del VIH

UnitedHealthcare desea promocionar la prevención del VIH/SIDA. Hay información disponible para las personas en riesgo de contraer el VIH. Podemos proporcionarle información sobre cómo se disemina la infección, cómo protegerse si no está infectado y cómo proteger a los demás si tiene la infección. Podemos proporcionarle información sobre cómo realizarse la prueba y recibir asesoramiento para usted y su pareja. Hay muchos médicos que se especializan en la atención de personas con el VIH.

Si desea obtener más información sobre la prevención del VIH y cómo UnitedHealthcare puede ayudarle, o si desea obtener más información sobre el programa especial de UnitedHealthcare diseñado para ayudar a los miembros que tienen VIH, llame a Servicios para miembros al **1-800-493-4647** y solicite hablar con alguien del departamento de Administración de casos.

- Puede realizarse la prueba del VIH y recibir asesoramiento cada vez que tenga servicios de planificación familiar. No necesita un referido de su PCP (médico de cabecera). Solo debe concertar una cita con uno de nuestros proveedores de planificación familiar.
- O, si prefiere no ver a uno de los proveedores de UnitedHealthcare Community Plan, puede usar la tarjeta de Medicaid para ver a un proveedor de planificación familiar fuera de UnitedHealthcare Community Plan. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor del plan o un proveedor de Medicaid para los servicios de planificación familiar, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**.

- Si desea realizarse una prueba del VIH y recibir asesoramiento, pero no como parte del servicio de planificación familiar, su PCP puede proporcionársela o coordinarla por usted. También puede visitar un sitio de asesoramiento y pruebas anónimas de VIH. Para obtener información, llame a la línea directa de asesoramiento del VIH del estado de New York al 1-800-872-2777 o 1-800-541-AIDS.
- Si necesita tratamiento contra el VIH después del servicio de asesoramiento y la prueba, su PCP le ayudará a obtener atención médica de seguimiento.

### **Atención oftalmológica**

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

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

### **Salud conductual (salud mental y consumo de sustancias)**

Queremos ayudarle a obtener los servicios de salud mental y consumo de drogas o alcohol que pueda necesitar. Si en algún momento cree que necesita ayuda con la salud mental o el consumo de sustancias, puede consultar a cualquier proveedor de salud conductual que acepte Medicaid para ver qué servicios puede necesitar. Esto incluye servicios como clínicas y servicios de desintoxicación. No necesita un referido de su médico de cabecera.

### **Asesoramiento para dejar de fumar**

Puede recibir medicamentos, suministros y asesoramiento si desea ayuda para dejar de fumar. No necesita referido de su PCP para recibir estos servicios. UnitedHealthcare Community Plan cubrirá tantas sesiones de asesoramiento para dejar de fumar como sea médicamente necesario.

### **Examen de detección de depresión materna**

Si está embarazada y cree que necesita ayuda con la depresión, puede hacerse un examen para ver qué servicios puede necesitar. No necesita un referido de su médico de cabecera. Puede realizarse un examen de detección durante el embarazo y hasta un año después del parto.

# Emergencias

Usted siempre tiene cobertura para emergencias. Una **emergencia** significa una afección conductual o médica:

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

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

Ejemplos de una **emergencia** son:

- ataque cardíaco o dolor intenso en el pecho;
- sangrado que no se detiene o quemadura grave;
- fracturas óseas;
- dificultades para respirar, convulsiones o pérdida de conocimiento;
- cuando siente que puede herirse a sí mismo o a los demás;
- si está embarazada y tiene signos como dolor, sangrado, fiebre o vómitos;
- sobredosis de drogas.

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

Las no emergencias también pueden ser problemas familiares, una ruptura sentimental o querer consumir alcohol u otras drogas. Pueden parecer una emergencia, pero no son un motivo para ir a la sala de emergencias.

### **Recuerde lo siguiente:**

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

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

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

### **Si tiene una emergencia, debe hacer lo siguiente**

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

Si no está seguro, llame a su PCP o a UnitedHealthcare Community Plan. Dígale a la persona con la que habla lo que le sucede. Su PCP o el representante de Servicios para Miembros:

- Le dirá qué hacer en su casa,
- Le dirá que vaya al consultorio del PCP, o
- Le dirá que vaya a la sala de emergencias más cercana.

Si se encuentra fuera del área cuando tiene una emergencia:

- Diríjase a la sala de emergencia más cercana.

# Atención de urgencia

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

- Puede ser el caso de un niño con dolor de oídos que se despierta en el medio de la noche y no deja de llorar.
- Por ejemplo, si tiene gripe o si necesita sutura.
- Puede ser un esguince de tobillo o una astilla difícil de sacar.

Puede obtener una cita para una consulta de atención urgente para el mismo día o el siguiente. Ya sea que esté en su casa o lejos de ella, llame a su PCP en cualquier momento, de día o de noche. Si no puede comunicarse con su PCP, llámenos al **1-800-493-4647**. Explíquelo a la persona que atiende su llamada lo que sucede. Esta le dirá lo que debe hacer.

# Atención fuera de los Estados Unidos.

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

## Deseamos mantenerle saludable

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

- Clases para usted y su familia
- Clases para dejar de fumar
- Nutrición y atención prenatal
- Apoyo por aflicción o pérdida
- Lactancia y cuidado del bebé
- Manejo del estrés
- Control del peso
- Control del colesterol
- Asesoramiento para diabetes y capacitación en autocontrol
- Asesoramiento para asma y capacitación en autocontrol
- Pruebas y protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Servicios por violencia doméstica

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** o visite nuestro sitio web en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) para obtener más información y una lista de las próximas clases.

# Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

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

## Beneficios

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

## Nueva tecnología

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

# Servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

Debe recibir estos servicios de los proveedores que estén en UnitedHealthcare Community Plan. Todos los servicios deben ser necesarios desde el punto de vista médico o clínico y proporcionados o referidos por su PCP (médico de cabecera). Llame a nuestro departamento de Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con alguno de los servicios a continuación.

### Atención médica regular

- Visitas al consultorio con su PCP
- Referidos a especialistas
- Exámenes de audición/vista

### Atención preventiva

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

### Mamografías

Dentro de la red: Cubiertos

Las **mamografías de diagnóstico** (mamografías que se realizan en relación con el tratamiento o el seguimiento del cáncer de mama) son ilimitadas y están cubiertas siempre que sean médicamente necesarias.

**Mamografías de detección:** cubiertas una vez cada 12 meses; deben haber pasado 11 meses completos desde el último examen de detección (según los CMS).

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

### **Si no puede quedar embarazada, UnitedHealthcare Community Plan cubre servicios que podrían ayudar.**

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

- Visitas al consultorio
- Radiografía del útero y las trompas de Falopio
- Ecografía pélvica
- Análisis de sangre

### **Elegibilidad:**

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

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

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

### **Atención de maternidad**

- Atención durante el embarazo
- Servicios de hospitales y médicos o parteras
- Atención de enfermería para recién nacidos
- Examen de detección de depresión durante el embarazo y hasta un año después del parto

### **Atención de la salud en el hogar**

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

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

### **Cuidado personal/Asistente en el hogar/Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS)**

- Debe ser médicamente necesaria y coordinada por UnitedHealthcare Community Plan.
- **Asistente para el cuidado personal/hogar:** ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse, y ayuda con la preparación de comidas y las tareas domésticas.
- **CDPAS:** ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse, ayuda con la preparación de comidas y las tareas domésticas, además de asistente de salud en el hogar y enfermería. Esto lo proporciona un asistente elegido y dirigido por usted.
- Si desea obtener más información, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**

### **Sistema de respuesta a emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS)**

- Este es un artículo que puede usar por si tiene una emergencia.
- Para calificar y obtener este servicio, debe recibir servicios de cuidado personal/asistente en el hogar o CDPAS

### **Servicios de atención de adultos durante el día**

- Debe ser recomendado por su médico de cabecera (PCP)
- Proporciona educación sobre salud, nutrición, enfermería y servicios sociales, ayuda con la vida diaria, terapia de rehabilitación, servicios de farmacia, además de referidos para atención odontológica y otras especialidades

### **Servicios de atención de adultos con sida durante el día**

- Debe ser recomendado por su médico de cabecera (PCP)
- Proporciona atención médica y de enfermería general, servicios de apoyo para el consumo de sustancias, servicios de apoyo para la salud mental, servicios nutricionales, además de actividades de socialización, recreativas y de promoción del bienestar/la salud

### **Tratamiento para la tuberculosis**

- Esto consiste en ayuda para tomar su medicación para la TB y atención de seguimiento

### **Servicios del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (National Diabetes Prevention Program, NDPP).**

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

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de prevención de la diabetes a través del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (National Diabetes Prevention Program, NDPP). Este beneficio cubre 22 sesiones de capacitación grupal del NDPP a lo largo de 12 meses.

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

### Elegibilidad:

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

- Tiene al menos 18 años de edad
- No está actualmente embarazada
- Tiene sobrepeso y
- No se le ha diagnosticado previamente diabetes tipo 1 o tipo 2.

Además, debe cumplir con uno de los siguientes criterios:

- Ha tenido un resultado de análisis de sangre en el intervalo de prediabetes en el último año, o
- Se le ha diagnosticado previamente diabetes gestacional, o
- Obtiene una calificación de 5 o más en la prueba de riesgo de prediabetes de los CDC/la Asociación Americana de Diabetes (American Diabetes Association, ADA).

Hable con su médico para ver si reúne los requisitos para participar en el NDPP. Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**.

## Atención en centros de cuidados para enfermos terminales

La atención para enfermos terminales ayuda a los pacientes y a sus familias con sus necesidades especiales que surgen durante las últimas etapas de la enfermedad y después de la muerte

- Debe ser médicamente necesaria y coordinada por UnitedHealthcare Community Plan.
- Proporciona servicios de apoyo y algunos servicios médicos a pacientes que están enfermos y esperan vivir un año o menos
- Puede recibir estos servicios en el hogar, en un hospital o en un hogar de atención de enfermería

Los hijos menores de veintiún (21) años que reciben servicios de cuidados paliativos también pueden recibir servicios curativos médicamente necesarios y cuidados paliativos.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**.

## Atención dental

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

### Cómo acceder a servicios dentales

No necesita seleccionar un dentista de atención primaria como parte de UnitedHealthcare Community Plan. Puede elegir cualquier dentista participante (que forme parte de la red del UnitedHealthcare Community Plan) seleccionando un dentista que figure en el directorio de proveedores o puede llamar a Servicios para miembros para obtener asistencia al **1-800-493-4647**. Presente su tarjeta de identificación del miembro de UnitedHealthcare Community Plan cada vez que reciba servicios dentales.

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

Muestre su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan para acceder a los beneficios dentales. No recibirá una tarjeta de identificación distinta para servicios dentales. Cuando visite a su dentista, deberá mostrar la tarjeta de identificación del miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

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

Si necesita encontrar un dentista o cambiarlo, visite nuestro sitio web en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**. Los representantes del Servicios para Miembros están aquí para ayudarle. Muchos hablan su idioma o tienen un contrato con Language Line Services.

### Implantes dentales

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

UnitedHealthcare Community Plan cubrirá los implantes dentales en los siguientes casos:

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

### Atención de ortodoncia

UnitedHealthcare Community Plan cubrirá los aparatos de ortodoncia para hijos de hasta 21 años que tengan un problema grave con sus dientes, como por ejemplo: no poder masticar alimentos debido a dientes muy torcidos, fisura palatina o labio leporino.

## Atención de la vista

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

38 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY 711  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

- Examen de escasa visión y aparatos para la visión solicitados por su médico.
- Referidos a especialistas para enfermedades o defectos oculares

## Farmacia

UnitedHealthcare Community Plan no cubrirá sus medicamentos con receta. Las cubrirá el programa de farmacia de Medicaid, Medicaid NYRx.

La mayoría de las farmacias del estado de New York aceptan el programa de farmacia Medicaid NYRx. Si su farmacia no acepta Medicaid, usted puede hacer lo siguiente:

- pedirle a su médico que envíe una receta nueva a una farmacia que acepte el programa de farmacia Medicaid NYRx,
- pedirle a su farmacéutico que transfiera el resurtido a una farmacia que acepte el programa de farmacia Medicaid NYRx,
- o bien, buscar una farmacia que acepte Medicaid NYRx en <https://member.emedny.org>.

Deberá mostrarle al farmacéutico su tarjeta de Medicaid o su tarjeta del plan de salud. Para que él sepa cuál es su Número de Identificación de Cliente (Client Identification Number, CIN).

Medicaid NYRx tiene una lista de medicamentos cubiertos. Los medicamentos de venta libre y la mayoría de los medicamentos se encuentran allí. Puede encontrar esta lista en <https://www.emedny.org/info/formfile.aspx>.

- Algunos medicamentos necesitan aprobación previa para surtirlos. Esta lista le indicará si un medicamento la necesita. Su médico llamará para obtener la aprobación previa.
- Si su medicamento no se encuentra en esta lista:
  - su médico puede solicitar la aprobación de Medicaid para que pueda obtenerlo,
  - o bien, su farmacéutico puede hablar con su médico para cambiarlo por uno que sí esté en la lista.

El plan de farmacia Medicaid NYRx también tiene una lista de medicamentos preferidos. Puede encontrar esta lista en [https://newyork.fhsc.com/downloads/providers/NYRx\\_PDP\\_PDL.pdf](https://newyork.fhsc.com/downloads/providers/NYRx_PDP_PDL.pdf).

- Si necesita un medicamento que aparece como no preferido, podrá obtener un **surtido único** de dicho medicamento desde el 1 de abril de 2023 hasta el 30 de junio de 2023
- Si necesita un medicamento no preferido, comuníquese con su farmacéutico o médico para que puedan obtener la aprobación para que usted lo reciba

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

La estructura de copago de Medicaid no cambiará. Su copago podría cambiar según se trate de un medicamento preferido o no preferido.

Su beneficio de farmacia también cubre determinados suministros:

- Puede encontrar una lista de suministros cubiertos en <https://member.emedny.org/>
- Puede encontrar una lista de medidores de glucosa y tiras reactivas preferidos en [https://newyork.fhsc.com/downloads/providers/NYRx\\_PDSP\\_preferred\\_supply\\_list.pdf](https://newyork.fhsc.com/downloads/providers/NYRx_PDSP_preferred_supply_list.pdf)
  - Medicaid permitirá un surtido único desde el 1 de abril de 2023 hasta el 30 de junio de 2023, para las tiras reactivas no preferidas
  - Deberá cambiar a un medidor de glucosa y tiras reactivas preferidos

**¿Tiene preguntas o necesita ayuda?** Puede obtener asistencia mediante la línea de ayuda de Medicaid. Los representantes pueden comunicarse en el idioma que usted prefiera. Puede llamar al **1-855-648-1909**, TTY **1-800-662-1220**.

Horario de atención:

De lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Sábados, de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

## Atención hospitalaria

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

## Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia.
- Después de recibir atención de emergencia, es necesario que reciba otra atención para asegurarse de permanecer en una condición estable. Según la necesidad, podría ser tratado en la sala de emergencias, en un cuarto de hospital para pacientes hospitalizados o en otra área. Esto se denomina **servicios posteriores a la estabilización**.
- Para obtener más información sobre los servicios de emergencia, consulte la página 25.

40 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

### Atención de especialidades

Incluye los servicios de otros profesionales, incluso:

- Terapeutas ocupacionales y del habla: UnitedHealthcare Community Plan cubre las visitas de FT, TO y TH médicamente necesarias que solicita un médico u otro profesional con licencia
- Audiólogos
- Parteras
- Rehabilitación cardíaca
- Podólogos
- Psiquiatras
- Psicólogos
- Trabajadores sociales autorizados
- Psicoterapeutas

### Atención en centros de atención médica residencial (hogar de atención de enfermería)

- Incluye rehabilitación a corto plazo, estancias y atención a largo plazo
- Debe ser solicitado por un médico y autorizado por UnitedHealthcare Community Plan
- Los servicios cubiertos en hogares de atención de enfermería incluyen supervisión médica, atención de enfermería las 24 horas, asistencia con actividades de la vida cotidiana, fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla o el lenguaje

Si necesita una internación a largo plazo en un hogar de atención de enfermería, su departamento local de servicios sociales debe determinar si cumple con ciertos requisitos de ingresos de Medicaid. UnitedHealthcare Community Plan y el hogar de atención de enfermería pueden ayudarle a presentar su solicitud.

Debe recibir esta atención de un hogar de atención de enfermería dentro de la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Si elige un hogar de atención de enfermería fuera de la red de UnitedHealthcare Community Plan, podría tener que transferirse a otro plan. Llame a Medicaid Choice de New York al **1-800-505-5678** para obtener ayuda con preguntas sobre proveedores de hogares de atención de enfermería y redes de planes.

Llame al **1-800-493-4647**, TTY **711**, para obtener ayuda para encontrar un hogar de atención de enfermería en nuestra red.

**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711** 41  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

### Rehabilitación

UnitedHealthcare Community Plan cubre estadias a corto plazo, o de rehabilitación, en un hogar de atención de enfermería especializado.

### Colocación a largo plazo

UnitedHealthcare Community Plan cubre la colocación a largo plazo en un hogar de atención de enfermería para miembros de 21 años o más.

La colocación a largo plazo significa que vivirá en un hogar de atención de enfermería especializado.

Los veteranos elegibles, los cónyuges de veteranos elegibles y los padres Gold Star de veteranos elegibles pueden elegir permanecer en un hogar de atención de enfermería para veteranos.

### Los servicios cubiertos para hogares de atención de enfermería incluyen:

- Supervisión médica
- Atención de enfermería las 24 horas
- Asistencia para la vida diaria
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Servicios de patologías del habla y del lenguaje y otros servicios

### Para obtener estos servicios en hogares de atención de enfermería:

- Los servicios deben ser solicitados por su médico, y
- Los servicios deben estar autorizados por UnitedHealthcare Community Plan.

El Departamento de Servicios Sociales de su condado también debe determinar que usted es elegible desde el punto de vista financiero para recibir atención en un hogar de atención de enfermería a largo plazo para que Medicaid y/o UnitedHealthcare Community Plan paguen por estos servicios.

Cuando sea elegible para la colocación a largo plazo, debe seleccionar uno de los hogares de atención de enfermería que se encuentran en la red de UnitedHealthcare Community Plan.

Si desea vivir en un hogar de atención de enfermería que no forma parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan, puede transferirse a otro plan que trabaje con el hogar de atención de enfermería que ha elegido para recibir su atención.

UnitedHealthcare Community Plan no tiene un hogar de veteranos en su red. Si usted es un veterano elegible, cónyuge de un veterano elegible o padre Gold Star de un veterano elegible y desea vivir en una residencia de veteranos, puede transferirse a otro plan de salud de Medicaid Managed Care que tenga una residencia de veteranos en su red.

Si tiene alguna pregunta sobre estos beneficios, llame a nuestro departamento de Servicios para Miembros al número gratuito de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., al **1-800-493-4647**, TTY **711**.

## Equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME)

Los Equipos Médicos Duraderos incluidos los servicios enumerados a continuación están disponibles a través de cualquier proveedor de DME participante. Los proveedores de DME participantes aparecen en el Directorio de Proveedores, o puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** para conocer la ubicación y el número de teléfono de un proveedor cercano. Los artículos enumerados a continuación no se pueden obtener a través de una farmacia participante; solo se pueden obtener a través de un proveedor de DME participante. Los Equipos Médicos Duraderos que tienen un costo mayor a \$500 requieren autorización previa. Llame al 1-866-604-3267 para ver si su DME requiere autorización.

- Audífonos
- Dispositivos protésicos
- Ortopedia

## Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla

Para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, su médico de cabecera deberá obtener una autorización previa para estos servicios de terapia para determinar si el lugar de atención es médicamente necesario. Las revisiones del lugar de atención se realizarán solo si el servicio se proporcionará en un hospital ambulatorio. UnitedHealthcare Community Plan cubre las visitas de FT, TO y TH médicamente necesarias que solicita un médico u otro profesional autorizado.

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

# Cuidado de los pies

Cubrimos la atención rutinaria de los pies proporcionada por tipos de proveedores autorizados cuando la afección física de cualquier miembro inscrito (independientemente de la edad) plantea un peligro debido a la presencia localizada de una enfermedad, lesión o síntomas que involucran al pie, o cuando se realice como parte necesaria e integral de servicios que de otra forma están cubiertos, como el diagnóstico y tratamiento de la diabetes, úlceras e infecciones.

Los servicios provistos por un podólogo para personas menores de veintiún (21) años están cubiertos tras el referido de un médico, asistente médico registrado, enfermero practicante certificado o partera autorizada.

- Los servicios proporcionados por un podólogo para adultos con diabetes mellitus están cubiertos
- Los miembros pueden ver a un podólogo para todos los cuidados de pies médicamente necesarios
- Los servicios de rutina de cuidado de los pies (por ejemplo, recorte de callos, callosidades, recorte de uñas, limpieza y remojo de los pies) no se consideran médicamente necesarios y no están cubiertos para los miembros en ausencia de una afección patológica por parte de un podólogo

# Telesalud.

Medicaid Managed Care de UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de Telesalud. Esto también se denomina Telemedicina. Significa el uso de tecnología electrónica para comunicarse. Se utiliza cuando usted y un proveedor no están en el mismo lugar.

La Telesalud puede implicar lo siguiente:

- Una videoconferencia en directo con usted y un proveedor
- Enviar información sobre usted de su médico a otro proveedor
- Monitoreo remoto de la presión arterial y otros signos vitales del paciente

Los servicios de Telesalud pueden estar cubiertos en una clínica, centro médico o centro de salud mental. También puede estar cubierto en su casa si tiene equipo de monitoreo. Los servicios deben cumplir con ciertos requisitos del plan.

### Reasignación de género

Medicaid Managed Care de UnitedHealthcare Community Plan ahora cubre la atención de transición para personas con un diagnóstico de disforia de género. Esto ocurre cuando una persona siente un gran sufrimiento por el género con el que nace. No se identifica con este género. Esto puede dar lugar a un fuerte deseo de ser tratado como si tuviera género. Puede significar un deseo de deshacerse de las características sexuales propias. Puede incluir sentimientos típicos del otro género.

En función de los objetivos de género del paciente, la atención puede incluir:

- Asesoramiento.
- Terapia hormonal (Está cubierta para los miembros mayores de 18 años)
- Cirugía de reasignación de género (esto está cubierto para los miembros de 18 años o más, incluso si dará como resultado la esterilización)

El tratamiento hormonal y/o GRS médicamente necesarios pueden estar cubiertos para personas mayores de 18 años. No se pagará por ningún procedimiento que se realice únicamente con el fin de mejorar el aspecto de una persona, a menos que se proporcione una justificación de necesidad médica y se reciba una autorización previa.

### Factor de coagulación sanguínea

Medicaid Managed Care de UnitedHealthcare Community Plan cubre productos de factores de coagulación sanguínea y otros tratamientos y servicios proporcionados en relación con la atención de la hemofilia y otras deficiencias de proteínas de coagulación sanguínea en pacientes hospitalizados y ambulatorios. Pagaremos los productos y servicios del factor de coagulación de la sangre médicamente necesarios cuando la infusión se realice en un entorno ambulatorio o en el domicilio. Cubriremos los servicios de factor de coagulación sanguínea durante una estancia hospitalaria.

# Cobertura de repelente de mosquitos

UnitedHealthcare Community Plan proporcionará cierta cobertura para el repelente de mosquitos. Debe recetarse a un miembro que viaja hacia o desde un área de transmisión del zika. Estas áreas están enumeradas por los Centros para el Control de Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC) en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/zika-information>.

Para obtener una lista completa de los productos cubiertos, visite <https://www.uhccommunityplan.com/ny/medicaid/medicaid-uhc-community-plan/lookup-tools#collapse-1551303021>. Se aplicará un límite de cantidad de 2 latas al mes a todos estos productos.

El zika es una enfermedad grave. Para detener la propagación del virus del zika, UnitedHealthcare pagará el repelente hasta que los CDC indiquen que el zika ya no es un riesgo.

# Administración de casos

UnitedHealthcare tiene un programa de administración de atención médica especial diseñado para miembros con afecciones médicas complejas y serias, incluso:

- VIH/sida
- Insuficiencia renal
- Presión arterial alta
- Enfisema (EPOC)
- Diabetes
- Asma
- Anemia de células falciformes
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Cardiopatía
- Hemofilia
- Cáncer
- Embarazo de alto riesgo

Si desea obtener información sobre cómo estos programas pueden ayudarle, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, y solicite hablar con alguien del Departamento de Administración de Casos.

Los programas de administración de casos suelen estar disponibles para los miembros que necesitan ayuda para manejar enfermedades crónicas. Si está interesado en unirse a un programa de administración de casos, UnitedHealthcare Community Plan llevará a cabo una evaluación para determinar si es elegible para la administración de casos. Se proporcionarán servicios de administración de casos durante el tiempo que sea médicamente necesario o hasta que su afección médica pueda ser autogestionada.

## Administración de la atención mediante el programa Health Home

UnitedHealthcare Community Plan desea atender todas sus necesidades de salud. Si tiene varios problemas de salud, puede beneficiarse de la Administración de la atención mediante el programa Health Home para ayudar a coordinar todos sus servicios de salud. El objetivo del programa Health Home es asegurarse de que sus miembros reciban la atención y los servicios que necesitan. Esto puede significar menos visitas a la sala de emergencias o menos tiempo en los hospitales, obtener atención y servicios regulares de médicos y proveedores, encontrar un lugar seguro donde vivir y encontrar una forma de obtener las citas médicas.

Un administrador de la atención de Health Home puede:

- Trabajar con su PCP y otros proveedores para coordinar toda su atención médica
- Trabajar con las personas en las que usted confía, como familiares o amigos, para ayudarle a planificar y recibir su atención.
- Ayudar con las citas con su PCP y otros proveedores.
- Ayudar a controlar problemas médicos continuos como diabetes, asma y presión arterial alta.

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

- Dos o más afecciones crónicas (p. ej., trastorno por consumo de sustancias, asma, diabetes \*); o
- Una única afección crónica calificada: VIH o SIDA; o
- Enfermedad mental grave (Serious Mental Illness, SMI) (adultos); o
- Trastorno emocional grave (Serious Emotional Disturbance, SED) o trauma complejo (niños).

Si una persona tiene VIH o SMI, no es necesario que se determine que está en riesgo de sufrir otra afección para ser elegible para los servicios de Health Home. Los trastornos por consumo de sustancias (Substance use disorders, SUDS) se consideran afecciones crónicas y por sí mismos no califican a una persona para los servicios de Health Home. Las personas con SUDS deben tener otra afección crónica para calificar. Los criterios de enfermedades crónicas NO son específicos de la población (p. ej., estar en cuidados de acogida, menores de 21 años, en la justicia juvenil, etc.) y no hacen que un niño sea automáticamente apto para Health Home. Además, el miembro de Medicaid debe ser apropiado para el nivel intensivo de servicios de administración de la atención proporcionados por el Health Home (es decir, cumplir con los criterios de idoneidad).

# Administración de la 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 “administración de la utilización” (utilization management, UM). No recompensamos a los proveedores por denegar cobertura. No damos incentivos por las decisiones relacionadas con la administración de la 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 la utilización. No recompensamos a nadie por decir que usted no necesita atención. Si tiene preguntas sobre la UM, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**. Hay ayuda disponible con el idioma.

# Planificación familiar

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

Puede recibir medicamentos anticonceptivos, dispositivos anticonceptivos (DIU y diafragmas) disponibles con receta, además de métodos anticonceptivos de emergencia, esterilización, pruebas de embarazo, atención prenatal y servicios de aborto. También puede consultar a un proveedor de planificación familiar para que le realicen pruebas y tratamiento para el VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS), así como para recibir asesoramiento relacionado con los resultados de las pruebas. Las pruebas de detección del cáncer y otras afecciones relacionadas también se incluyen en las visitas de planificación familiar.

## Exámenes de detección de VIH y de ITS

Puede obtener este servicio en cualquier momento a través de su PCP o de los médicos de UnitedHealthcare Community Plan. Cuando recibe este servicio como parte de una visita de planificación familiar, puede ir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca los servicios de planificación familiar. No necesita un referido cuando recibe este servicio como parte de una visita de planificación familiar.

Todas las personas deben hablar con su médico sobre la realización de una prueba de VIH. Para acceder a pruebas gratuitas de VIH o a pruebas en las que no se menciona su nombre, llame al 1-800-541-AIDS (inglés) o al 1-800-233-SIDA (español).

## Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis

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

## Transporte

### Transporte de emergencia

Si necesita transporte de emergencia, llame al 911.

### Transporte que no sea de emergencia

El transporte médico que no sea de emergencia estarán cubiertos por Medicaid regular. Para obtener transporte que no sea de emergencia, usted o su proveedor deben llamar a Medical Answering Services, LLC (MAS) o a LogistiCare Solutions, dependiendo del condado en el que viva. Consulte la página 54 para ver más información.

## Otros servicios cubiertos

- Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME)/aparatos auditivos/prótesis/ortopedia
- Servicios con orden judicial
- Ayudar a obtener servicios de apoyo social
- Centro de Salud Calificado con Certificación Federal (FQHC)
- Planificación familiar

**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY 711 49  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

# Atención de la salud conductual

La atención de salud conductual incluye servicios de trastorno de salud mental y consumo de sustancias. Todos nuestros miembros tienen acceso a servicios de salud conductual que incluyen lo siguiente:

## Atención de la salud mental para adultos

- Servicios psiquiátricos
- Servicios psicológicos
- Tratamiento de día continuo (Continuing Day Treatment, CDT)
- Tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Inyecciones para afecciones relacionadas con la salud conductual
- Hospitalización parcial
- Servicios de rehabilitación si está en un hogar de la comunidad o bajo tratamiento basado en la familia
- Asesoramiento individual y grupal a través de las clínicas de la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH)
- Servicios de intervención en crisis
- Programa integral de emergencia psiquiátrica (Comprehensive Psychiatric Emergency Program, CPEP) que incluye cama de observación ampliada
- Tratamiento asertivo comunitario (ACT).
- Servicios personalizados orientados a la recuperación (Personalized Recovery Oriented Services, PROS)

## Apoyo residencial en crisis

Este es un programa para personas de 18 años o más con síntomas de angustia emocional. Estos síntomas no se pueden tratar en el hogar ni en la comunidad sin ayuda.

## Residencia intensiva en crisis

Este es un programa para personas de 18 años o más con síntomas de angustia emocional grave.

### **Internación hospitalaria psiquiátrica en una institución para enfermedades mentales (Institution for Mental Disease, IMD)**

Estancia intensiva a corto plazo en una IMD privada con licencia de la OMH. Este es un entorno alternativo en lugar de los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados del plan estatal disponibles en unidades de hospitalización con licencia de la OMH de hospitales del Artículo 28.

Limitaciones\*:

Se limita a 0–15 días por mes natural en una de las seis siguientes instalaciones de IMD con licencia de la Oficina de Salud Mental, si dicha instalación está disponible en el área de servicio del plan MMC:

- Four Winds Hospital (Condado de Westchester)
- Four Winds Hospital (Condado de Saratoga)
- Gracie Square Hospital (Ciudad de New York)
- BryLin Hospital (Buffalo)
- Brunswick Hospital Center (Long Island)
- South Oaks Hospital (Long Island)

\*Nota: El paquete de beneficios de Medicaid managed care cubre el ingreso psiquiátrico hospitalario en estos seis centros hasta 30 días por mes calendario, hasta 60 días por año, que puede autorizarse según sea médicamente necesario después de alcanzar el límite de beneficios de ILS de la IMD.

Apto para adultos de 21 a 64 años que necesiten atención médicamente necesaria en una unidad psiquiátrica de pacientes hospitalizados agudos.

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

### **Servicios de trastornos por consumo de sustancias para adultos mayores de 21 años**

- Servicios de crisis:
  - Gestión de abstinencia gestionada médicamente
  - Gestión de abstinencia supervisada médicamente (pacientes hospitalizados/ambulatorios\*)
- Servicios de tratamiento hospitalario (hospital o comunidad)
- Servicios de tratamiento residencial:
  - Estabilización en entornos residenciales
  - Rehabilitación en un entorno residencial
  - Reintegración

**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711** 51  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

- Servicios de tratamiento ambulatorio
  - Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
  - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
  - \*Control ambulatorio de la abstinencia
  - Tratamiento asistido con medicamentos.
- Programas de tratamiento para consumo de opioides (Opioid Treatment Programs, OTP):
  - Incluye mantenimiento con metadona y otras formas de tratamientos con asistencia médica

### Servicios de reducción de daños

Puede obtener servicios de reducción de daños como parte de su paquete de beneficios de Medicaid Managed Care. Los servicios de reducción de daños ofrecen un enfoque completo orientado al paciente para la salud y el bienestar de los consumidores de sustancias.

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de reducción de daños recomendados por un médico u otro profesional autorizado.

Esto incluye servicios de reducción de daños como:

- Un plan de atención desarrollado por una persona con experiencia en el trabajo con consumidores de sustancias
- Asesoramiento de apoyo individual que le ayude a alcanzar sus objetivos
- Asesoramiento de apoyo grupal en un espacio seguro para hablar con otras personas sobre problemas que afectan su salud y bienestar
- Asesoramiento para ayudarle a tomar su medicación recetada y continuar con el tratamiento
- Grupos de apoyo para ayudarle a comprender mejor el consumo de sustancias e identificar técnicas y habilidades de afrontamiento que le resulten útiles

### Tratamiento del trastorno del juego

Cubrimos el tratamiento de trastornos del juego proporcionado por programas certificados por la Oficina de Servicios y Apoyos para las Adicciones (Office of Addiction Services and Supports, OASAS).

Puede recibir tratamiento para un trastorno del juego:

- En persona, o
- A través de la Telesalud.

Si necesita tratamiento para un trastorno del juego, puede obtenerlo de un programa ambulatorio de la OASAS o, si es necesario, de un programa hospitalario o residencial de la OASAS.

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

No necesita un referido de su médico de cabecera (Primary Care Provider, PCP) para obtener estos servicios. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a Servicios para miembros de UnitedHealthcare Community Plan al número que se indica a continuación.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY/TDD **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

### Atención de salud mental para personas menores de 21 años

Todos los hijos elegibles menores de 21 años:

- Programa integral de emergencia psiquiátrica (Comprehensive Psychiatric Emergency Program, CPEP) que incluye cama de observación ampliada
- Hospitalización parcial
- Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados
- Asesoramiento individual y grupal a través de clínicas de la OMH
- Servicios de tratamiento y apoyo para niños y familiares (Children and Family Treatment and Support Services, CFTSS), que incluyen lo siguiente:
  - Otro profesional autorizado (Other Licensed Practitioner, OLP)
  - Rehabilitación psicosocial (Psychosocial Rehabilitation, PSR)
  - Apoyos y tratamiento psiquiátrico comunitario (Community Psychiatric Supports and Treatment, CPST)
  - Servicios de apoyo familiar de pares (Family Peer Support Services, FPSS)
  - Intervención en caso de crisis
  - Apoyo juvenil de pares (Youth Peer Support, YPS)
- Servicios psiquiátricos
- Servicios psicológicos
- Inyecciones para afecciones relacionadas con la salud conductual

#### Residencia para niños en crisis

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

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

- Tratamiento asertivo comunitario (ACT).
- Tratamiento de día continuo

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

- Servicios personalizados orientados a la recuperación (Personalized Recovery Oriented Services, PROS)

### Servicios de trastornos por consumo de sustancias para personas menores de 21 años

- Servicios de crisis
  - Gestión de abstinencia gestionada médicamente
  - Gestión de abstinencia supervisada médicamente (pacientes hospitalizados/ambulatorios\*\*)
- Servicios de tratamiento de la adicción como paciente internado (basados en el hospital o en la comunidad)
- Servicios de tratamiento residencial para la adicción
  - Estabilización en entornos residenciales
  - Rehabilitación en un entorno residencial
- Servicios ambulatorios de tratamiento de adicciones
  - Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
  - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
  - \*\*Control ambulatorio de la abstinencia
  - Tratamiento asistido con medicamentos.
- Programas de tratamiento para consumo de opioides (Opioid Treatment Programs, OTP)

### Servicios de Análisis Conductual Aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA)

UnitedHealthcare Community Plan cubre el tratamiento de Análisis del Comportamiento Aplicado (ABA) proporcionado por:

- Analista del comportamiento con licencia (Licensed Behavioral Analyst, LBA), o
- Asistente certificado de analista del comportamiento (Certified Behavioral Analyst Assistant, CBAA) bajo la supervisión de un LBA.

### ¿Quiénes pueden obtener ABA?

Niños/jóvenes menores de 21 años con diagnóstico de trastorno del espectro autista y/o síndrome de Rett. Si cree que es elegible para recibir servicios de ABA, hable con su proveedor sobre este servicio. UnitedHealthcare Community Plan trabajará junto a usted y su proveedor para asegurarse de que reciba el servicio que necesita.

### Los servicios de ABA incluyen:

- Evaluación y tratamiento por parte de un médico, analista del comportamiento autorizado o asistente de analista del comportamiento certificado
- Tratamientos individuales administrados en el domicilio u otro entorno
- Tratamiento de comportamiento adaptativo grupal, y
- Capacitación y apoyo a familiares y cuidadores.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY/TDD **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

## Servicios basados en el hogar y la comunidad para niños

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

Los HCBS infantiles ofrecen servicios personales y flexibles para satisfacer las necesidades de cada niño/joven. Los HCBS se proporcionan donde los niños/jovenes y las familias se sienten más cómodos y los apoyan mientras trabajan para alcanzar objetivos y logros.

### ¿Quién es elegible para recibir HCBS de niños?

Los HCBS infantiles son para niños y jóvenes que:

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

La exención de HCBS ofrece muchas oportunidades:

- Ayudar a conectar a los jóvenes y sus familias con servicios en la comunidad que incluyen:
  - Tratamiento para abordar las necesidades de salud mental
  - Respuesta ante crisis
  - Cuidado sustituto
  - Citas médicas
  - Apoyo vocacional para jóvenes
  - Actividades recreativas comunitarias
  - Coordinación con recursos educativos (escuela)

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

- Defensoría
- Servicios especializados que respaldan las necesidades y fortalezas individualizadas de los jóvenes y la familia:
  - Coordinación de la atención individual
  - Apoyo a familiares y cuidadores
- Apoyo durante los períodos de transición, como:
  - Altas de un entorno para pacientes internados (hospital, centro de tratamiento residencial) a la comunidad;
  - Y asistencia mientras se da el alta del programa de exención

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

- Habilitación comunitaria
- Habilitación diurna
- Servicios de apoyo y defensa del cuidador/familiar
- Servicios vocacionales: debe tener 14 años o más
- Empleo respaldado: debe tener 14 años o más
- Servicios de relevo (relevo planificado y relevo en crisis)
- Servicios de apoyo y asesoramiento en cuidados paliativos
  - Terapia expresiva
  - Masaje terapéutico
  - Servicios de apoyo por duelo
  - Control del dolor y de los síntomas
- Modificaciones ambientales
- Modificaciones del vehículo
- Tecnología adaptativa y de asistencia
- Transporte no médico

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

- Si recibe atención médica de una Agencia de Administración de la Atención (Care Management Agency, CMA) del programa Health Home, puede permanecer con su CMA. UnitedHealthcare Community Plan trabajará con su CMA para ayudarle a obtener los servicios que necesita.

- Si recibe administración de la atención del Servicio de Evaluación de Niños y Jóvenes (Children and Youth Evaluation Service, C-YES), UnitedHealthcare Community Plan trabajará con C-YES y le proporcionará atención médica.

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

### **Servicios de establecimientos de salud de la Agencia de Cuidado Voluntario de Acogida (Voluntary Foster Care Agency, VFCA) del Artículo 29-I**

UnitedHealthcare Community Plan cubre los Servicios de establecimientos de salud de VFCA del Artículo 29-I para niños y jóvenes menores de 21 años.

Los establecimientos de salud de VFCA 29-I trabajan con las familias para promover el bienestar y los resultados positivos para los niños a su cuidado. Los establecimientos de salud de VFCA 29-I utilizan prácticas informadas sobre trauma para satisfacer las necesidades únicas de cada niño.

Los establecimientos de salud de VFCA 29-I solo pueden atender a niños y jóvenes referidos por el distrito local de los servicios sociales.

Los servicios de establecimientos de salud de VFCA 29-I incluyen:

#### **Servicios básicos limitados relacionados con la salud**

1. Desarrollo de habilidades
2. Apoyos de enfermería y gestión de medicamentos
3. Planificación del tratamiento con Medicaid y planificación del alta hospitalaria
4. Consulta clínica y supervisión
5. Enlace/gestión de atención administrada; y

#### **Otros servicios limitados relacionados con la salud**

1. Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento relacionados con la salud física
2. Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento relacionados con la salud del desarrollo y conductual
3. Servicios de tratamiento y apoyo para niños y familiares (Children and Family Treatment and Support Services, CFTSS)
4. Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) para niños

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

UnitedHealthcare Community Plan cubre servicios básicos limitados relacionados con la salud para niños y jóvenes colocados en un establecimiento de salud de VFCA 29-I.

UnitedHealthcare Community Plan cubre otros servicios básicos limitados relacionados con la salud proporcionados por establecimientos de salud de VFCA 29-I para niños y jóvenes elegibles.

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

## Transporte que no sea de emergencia

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

El transporte médico que no sea de emergencia estarán cubiertos por Medicaid regular. Para obtener transporte que no sea de emergencia, usted o su proveedor deben llamar a Medical Answering Services, LLC (MAS) o a LogistiCare Solutions, dependiendo del condado en el que viva.

Si es posible, usted o su proveedor deben llamar al proveedor de transporte regional al menos 3 días laborables antes de su cita médica y proporcionar su número de identificación de Medicaid (p. ej., AB12345C), la fecha y hora de la cita, la dirección a la que se dirige y el nombre del médico que está consultando. El transporte médico que no sea de emergencia incluye: vehículo personal, autobús, taxi, camioneta y transporte público.

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Número de contacto	Condado	Quién proporciona el transporte
855-360-3549	Condado de Albany	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
844-666-6270	Condado de Bronx	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-852-3294	Condado de Broome	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-932-7743	Condado de Cayuga	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-733-9405	Condado de Chautauqua	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-733-9399	Condado de Chemung	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-733-9396	Condado de Chenango	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-753-4435	Condado de Clinton	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-360-3546	Condado de Columbia	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
845-486-3000	Condado de Dutchess	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
716-858-8000	Condado de Erie	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-753-4442	Condado de Essex	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
888-262-3975	Condado de Franklin	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-360-3550	Condado de Fulton	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)

**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY 711 59  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Número de contacto	Condado	Quién proporciona el transporte
855-733-9404	Condado de Genesee	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
518-943-3200	Condado de Greene	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-753-4524	Condado de Herkimer	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-558-0757	Condado de Jefferson	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
844-666-6270	Condado de Kings (Brooklyn)	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
800-430-6681	Condado de Lewis	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
585-243-7300	Condado de Livingston	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-852-3286	Condado de Madison	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-932-7740	Condado de Monroe	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-666-8653	Condado de Nassau	LogistiCare Solutions
844-666-6270	Condado de New York	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-753-4430	Condado de Niagara	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-852-3288	Condado de Oneida	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-852-3287	Condado de Onondaga	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Número de contacto	Condado	Quién proporciona el transporte
866-733-9402	Condado de Ontario	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-360-3543	Condado de Orange	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-260-2305	Condado de Orleans	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-733-9395	Condado de Oswego	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
844-666-6270	Condado de Queens	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-666-8653	Condado de Rensselaer	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
844-666-6270	Condado de Richmond (Staten Island)	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-360-3542	Condado de Rockland	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-852-3291	Condado de Schenectady	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-753-4437	Condado de Seneca	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-722-4135	Condado de St. Lawrence	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
844-678-1103	Condado de Suffolk	LogistiCare Solutions
855-733-9398	Condado de Tioga	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-287-0983	Condado de Ulster	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY 711 61  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Número de contacto	Condado	Quién proporciona el transporte
866-753-4467	Condado de Yates	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-360-3541	Condado de Warren	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-852-3295	Condado de Wayne	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-883-7865	Condado de Westchester	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
585-786-8900	Condado de Wyoming	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)

## Transporte de emergencia

El modo en que usted obtiene transporte de emergencia no será modificado. Si tiene una emergencia y necesita una ambulancia, llame al 911.

## Servicios no cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

### Discapacidades del desarrollo

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento de día
- Servicios en la vivienda
- Programa Coordinación de Servicios de Medicaid (Medicaid Service Coordination, MSC)
- Servicios subsidiados (atención en el hogar) de modelo médico

### Otros servicios de Medicaid

- Programas de servicios para la escuela y preescolar (intervención temprana)
- Programas de inicio temprano

62 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY 711 (Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

### Servicios sin cobertura

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

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria.
- Artículos para su comodidad y personales.
- Excepto las emergencias médicas definidas en la Parte II de este manual, no cubrimos los servicios recibidos fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de un proveedor que no forme parte de UnitedHealthcare Community Plan, a menos que sea un proveedor que usted pueda ver como se describe en otro lugar de este manual, o que UnitedHealthcare Community Plan o su PCP le envíen a ese proveedor.
- Servicios para los cuales necesita un referido (aprobación) por anticipado y no lo obtuvo.

Es posible que deba pagar cualquier servicio que su PCP no apruebe. O bien, si antes de recibir un servicio usted acepta ser un paciente de “pago privado” o “particular”, deberá pagar por ese servicio. Se incluye lo siguiente:

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

**Nota:** Es política del Departamento de Salud del Estado de New York que los receptores de Medicaid reciban servicios de cirugía de cáncer de mama en establecimientos de gran volumen: aquellos que realicen 30 o más procedimientos de mastectomía y nodulectomía asociados con un diagnóstico de cáncer de mama de todos los pagadores en promedio durante un período de tres años. A los establecimientos de bajo volumen, identificados en la lista a continuación, no se les reembolsará por las cirugías de cáncer de mama proporcionadas a receptores de Medicaid. Esta política no afecta la capacidad de un establecimiento para proporcionar biopsias de diagnóstico o por escisión, y atención posquirúrgica (quimioterapia, radiación, reconstrucción, etc.) para pacientes de Medicaid. Visite [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/quality/surgery/cancer/breast/](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/quality/surgery/cancer/breast/) para obtener una lista de establecimientos NO CUBIERTOS por Medicaid.

### Si recibe una factura

UnitedHealthcare proporciona una gran variedad de servicios de atención médica sin costo alguno para usted. Nunca tiene que pagar nada a su PCP u a otro proveedor participante de UnitedHealthcare. No se le debe cobrar por ningún servicio aprobado ofrecido a través de UnitedHealthcare cuando lo recibe de un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan. A partir del 1 de julio de 2016, el Plan de salud debe garantizar además que se reduzca el riesgo de divulgación accidental de información médica confidencial para todos los miembros menores (de 0 a 17 años de edad). Para hacerlo, el Plan de Salud no enviará avisos a los miembros sobre denegaciones de pago de reclamos, incluidas reclamaciones de salud dental y conductual.

Si recibe una factura por un tratamiento o servicio que no cree que deba pagar, no la ignore. Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-493-4647** de inmediato. UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a comprender por qué es posible que haya recibido una factura. Si no es responsable del pago, UnitedHealthcare Community Plan se comunicará con el proveedor y ayudará a solucionar el problema por usted.

El plan de salud está obligado a proteger la confidencialidad menor (de 0 a 17 años de edad) y, por lo tanto, no enviará notificaciones a los miembros de rechazos de pago de reclamaciones. Si recibe una factura por servicios de atención médica y no recibió un aviso del plan de salud, puede comunicarse con Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711** para obtener ayuda y confirmar su derecho a una audiencia imparcial del estado si no está de acuerdo con la determinación de denegar el pago de un servicio de atención médica. UnitedHealthcare Community Plan continuará garantizando una respuesta rápida a su solicitud o a la de su representante para ver su expediente (un expediente del caso contiene información relacionada con una solicitud de servicio específica e información revisada por UnitedHealthcare Community Plan en el proceso de alcanzar una determinación de cobertura). UnitedHealthcare Community Plan cumplirá con los requisitos de confidencialidad y, cuando lo exija la ley o la normativa, obtendrá la autorización adecuada antes de divulgar la información médica protegida que pueda incluirse en su expediente.

Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si cree que se le exige pagar algo que Medicaid o UnitedHealthcare Community Plan deberían cubrir. Consulte la sección **Audiencias imparciales** más adelante en este manual.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**.

### **Información para los miembros de UnitedHealthcare Community Plan de New York: Servicios de emergencia y facturas “sorpresa”**

UnitedHealthcare Community Plan (UHCCP) proporciona una gran variedad de servicios de atención médica sin costo alguno para usted. Nunca tendrá que pagar a su PCP ni a ningún otro proveedor de UHCCP por los servicios que aprobamos. Si un proveedor de UHCCP le pide que pague por servicios, dígame que están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** para solicitar ayuda. No tiene que presentar una reclamación para que nosotros paguemos sus servicios cubiertos y aprobados.

Es posible que se le pida que pague por servicios que no están cubiertos por los planes Medicaid, Child Health Plus, Managed Long Term Care o Medicaid Advantage de UHCCP. No se le puede cobrar por ninguno de esos servicios, a menos que usted haya aceptado esto antes de que se proporcionara la atención.

Es posible que reciba lo que se llama una “factura sorpresa”. Esto es lo que necesita saber sobre las facturas “sorpresa”:

#### **¿Qué es una factura sorpresa?**

Es una factura que usted recibe por servicios de un proveedor fuera de la red cuando:

1. El proveedor fuera de la red le proporcionó atención en un hospital o centro quirúrgico de la red y:
  - Un médico de la red no estaba disponible en ese momento; o
  - Un proveedor fuera de la red le proporcionó atención sin su conocimiento.
2. Un proveedor de la red le envía a un proveedor fuera de la red sin su consentimiento por escrito. Si el servicio no necesitaba un referido, solo puede producirse una factura sorpresa en ciertos casos. Estos son dos ejemplos: Durante su visita al consultorio, un médico de la red trae un proveedor fuera de la red. O el médico envía su análisis de sangre a un laboratorio fuera de la red sin su consentimiento por escrito.

Una factura sorpresa no significa una factura por servicios cuando usted elige ver a un proveedor fuera de la red.

#### **¿Qué es un proveedor fuera de la red?**

Un proveedor fuera de la red es un médico, proveedor o centro que no forma parte de la red de UHCCP.

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

### **¿Qué sucede cuando utilizo un proveedor fuera de la red sin aprobación?**

No hay beneficios fuera de la red, excepto en unos pocos casos. Consulte su Manual del miembro para conocer las ocasiones en que puede acudir a un proveedor fuera de la red. Un centro debe informarle si un proveedor fuera de la red participará en su atención. Si no se le informa, usted no será responsable del pago. Una factura sorpresa no significa una factura por servicios cuando usted acepta ver a un proveedor fuera de la red. Asegúrese de leer cualquier acuerdo que obtenga sobre atención o facturación de un proveedor fuera de la red.

### **Si voy a un hospital de la red, ¿todos los proveedores estarán en la red?**

Puede que sí. Es posible que algunos especialistas, como los médicos de la sala de emergencias o los radiólogos, no estén en su red. Si se hace una radiografía en un hospital de la red, es posible que el médico que la lee no esté en la red. Usted no tiene que pagar por esos servicios. Resolveremos el pago con estos proveedores. Llame a Servicios para Miembros al número que aparece al dorso de su tarjeta de identificación si recibe una factura.

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

Pregunte si todos los servicios que obtiene provienen de proveedores de la red. Si no es así, pregunte si hemos aprobado los servicios. Compruebe que cualquier proveedor nuevo esté en la red de UHCCP.

Para encontrar un proveedor de la red:

- Inicie sesión en <http://www.uhc.com/find-a-physician>
- Seleccione “Find a Physician or Facility” (Buscar un médico o centro); o
- Llame al número de teléfono de su tarjeta de identificación del plan. Nos complacerá ayudar.

### **¿Qué sucede si tengo una emergencia?**

Diríjase a la sala de emergencias más cercana para recibir atención.

### **¿Cuánto tengo que pagar por las facturas de emergencia y sorpresa?**

No tiene que pagar una factura sorpresa. No tiene que pagar el costo de los servicios de emergencia.

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

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

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

El proveedor debe trabajar con nosotros para liquidar la factura. Puede pedir una revisión. Esto lo hace la Resolución Independiente de Disputas (Independent Dispute Resolution, IDR) de New York. El médico puede pedirle que complete un formulario de cesión de beneficios (Assignment of Benefit, AOB) para el IDR. Ni este formulario de AOB ni ningún otro formulario para el proceso de IDR se aplica a Child Health Plus (CHP) o Medicaid. En estos casos, el plan de salud liquidará la cuenta con el proveedor.

### ¿Qué es el proceso independiente de resolución de controversias?

El estado de New York elige una Entidad Independiente de Resolución de Disputas (Independent Dispute Resolution Entity, IDRE) para revisar las reclamaciones en disputa. El IDRE obtiene información del proveedor y del UHCCP. El IDRE determinará un cargo por los servicios. El IDRE aceptará nuestro pago o el cargo del proveedor. Es posible que el plan de salud deba pagar algo. Pero usted no adeudará ningún pago.

Si desea hacer preguntas, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación del plan.

## Autorización de servicio:

### Autorización previa

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

- Admisiones a los centros de pacientes hospitalizados (por ejemplo: hospitales, excepto por servicios de maternidad y trastorno por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados)
- Servicios de atención de la salud en el hogar
- Servicios de Atención Personal
- Determinados equipos médicos duraderos (DME) superiores a \$500
- Todas las sillas de ruedas eléctricas, independientemente del costo
- Solicitudes de oxígeno tópico
- Dispositivos ortopédicos y prótesis superiores a \$500
- Cirugía cosmética y reconstructiva
- Evaluaciones y cirugía de derivación gástrica
- Servicios de radiología avanzados, incluso exámenes de MRI, MRA y PET

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY 711 67  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

- Servicios dentales accidentales
- Servicios de atención médica investigativa o experimental
- Servicios fuera de la red o fuera del estado
- Solicitudes de utilizar un proveedor no participante
- Evaluaciones y e inclusión en listas de trasplantes
- Tratamiento de la disfunción eréctil, tratamientos farmacológicos, dispositivos y/o cirugía (no incluye medicamentos orales)
- Inyectables médicos, incluidos IGIV, bótox, Acthar HP y Makena
- Enfermería privada de forma ambulatoria
- Estudios del sueño para miembros mayores de 6 años, pacientes hospitalizados y/o ambulatorios
- Terapia hormonal para cambio de sexo
- Cirugía de reasignación de género.
- Reasignación de sexo después del tratamiento de transición

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

UnitedHealthcare Community Plan of New York  
One Penn Plaza, 8th Floor  
New York, NY 10119

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

### **Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicios**

El plan de salud tiene un equipo de revisión para asegurarnos de que recibe los servicios que prometimos. Comprobamos que el servicio que solicita está cubierto por su atención médica. El equipo de revisión está integrado por médicos y enfermeros. Su trabajo es garantizarle que el tratamiento o servicio solicitado sea médicamente necesario y adecuado para usted. Lo llevan a cabo verificando su plan de tratamiento con las normas aceptables desde el punto de vista médico.

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

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

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

Realizaremos una revisión acelerada en los siguientes casos:

- Si un retraso pondría en grave riesgo su salud, vida o capacidad para funcionar
- Si su proveedor dice que la revisión debe ser más rápida
- Si está pidiendo que continúe un servicio que está recibiendo en este momento

En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como lo requiera su condición médica, pero no más tarde de lo mencionado a continuación. Le avisaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si su solicitud es aprobada o denegada. También le diremos la razón de la decisión. Le explicaremos qué opciones de apelaciones o audiencias imparciales tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión. (Consulte también las secciones **Apelaciones al plan** y **Audiencia imparcial** más adelante en este manual).

### Plazos para solicitudes de autorización previa:

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

### Plazos para solicitudes de revisión concurrente:

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

**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711 69**  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

### Plazos especiales para otras solicitudes:

- Si se encuentra en el hospital o acaba de salir de este y solicita atención médica a domicilio un viernes o el día antes de un feriado, tomaremos una decisión, a más tardar, en 72 horas desde su solicitud o que tengamos toda la información que necesitamos.
- Si recibe tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias en pacientes hospitalizados y solicita más servicios al menos 24 horas antes de recibir el alta, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas posteriores a su solicitud.
- Si solicita servicios de salud mental o trastorno por consumo de sustancias que puedan estar relacionados con una comparecencia en un tribunal, tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas desde su solicitud.
- Si solicita un medicamento de venta con receta para pacientes ambulatorios, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas posteriores a su solicitud.
- Un protocolo de terapia escalonada significa que necesitamos que pruebe otro fármaco primero, antes de aprobar el fármaco que está pidiendo. Si solicita aprobación para anular un protocolo de terapia escalonada, tomaremos una decisión en 24 horas para los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Para otros medicamentos, tomaremos una decisión en el plazo de 14 días a partir de su solicitud.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su solicitud de servicio, haremos lo siguiente:

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

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

UnitedHealthcare Community Plan of New York  
One Penn Plaza, 8th Floor  
New York, NY 10119

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

70 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY 711  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

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

Si cree que nuestra decisión de rechazar su solicitud de autorización de servicio es incorrecta, tiene derecho a presentarnos una apelación al plan. Consulte la sección **Apelaciones al plan** más adelante en este manual.

## Otras decisiones sobre su atención

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

### Plazos para otras decisiones sobre su atención:

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o finalizar un servicio ya aprobado y que recibe actualmente, debemos notificárselo, por lo menos, 10 días antes del cambio de servicio.
- Debemos informarle al menos 10 días antes de tomar cualquier decisión sobre servicios y apoyos a largo plazo, como atención médica domiciliaria, atención personal, CDPAS y atención médica diurna para adultos, y atención permanente en un hogar de atención de enfermería.
- Si controlamos una atención que se realizó en el pasado, tomaremos la decisión de pago dentro de los 30 días de la recepción de toda la información que necesitamos para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago para un servicio, le enviaremos una notificación a usted y a su proveedor el día que se deniegue el pago. Estos avisos no son facturas. **No tendrá que pagar por ninguna atención médica recibida cubierta por el plan o por Medicaid, incluso si luego denegamos el pago al proveedor.**

## Cómo pagamos a nuestros proveedores

Tiene el derecho de preguntar si tenemos algún acuerdo financiero especial con nuestros médicos que podría afectar el uso de sus servicios de atención médica. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** si tiene inquietudes específicas. Además, queremos informarle que la mayoría de nuestros proveedores reciben su pago a través de una o varias de las siguientes formas.

- Si nuestros PCP trabajan en una clínica o centro de salud, probablemente perciban un **sueldo**. La cantidad de pacientes que ven no afecta esta situación.

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

- Nuestros PCP que trabajan desde sus propios consultorios pueden percibir un cargo fijo todos los meses por cada paciente del que sean el PCP. El cargo es el mismo independientemente de si el paciente necesita una o varias visitas, o incluso ninguna. Esto se denomina **capitación**.
- A veces, los proveedores reciben una tarifa fija por cada persona de su lista de pacientes, pero se puede retener algo de dinero (quizás el 10 %) para un fondo de **incentivo**. Al final del año, este fondo se utiliza para recompensar a los PCP que hayan cumplido con los estándares de pago adicional establecidos por el plan.
- También se les podrá pagar a los proveedores mediante **cargo por servicio**. Esto significa que perciben un cargo en concordancia con el plan por cada servicio que proveen.

## Usted puede ayudar con las políticas del plan

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

## Información de Servicios para Miembros

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

- Una lista de nombres, direcciones y cargos de la junta de directores, ejecutivos, dirigentes, propietarios y socios de UnitedHealthcare Community Plan.
- Una copia de los estados financieros/estados contables más recientes, resúmenes de ingresos y egresos.
- Una copia del contrato de suscriptor de pago directo individual más reciente.
- Información del Departamento de Servicios Financieros acerca de quejas de los consumidores sobre UnitedHealthcare Community Plan.
- Cómo mantenemos la privacidad de sus notas clínicas e información de los miembros.
- Por escrito, se le informará cómo UnitedHealthcare Community Plan controla la calidad de la atención hacia nuestros miembros.
- Le informaremos los hospitales con los que trabajan nuestros proveedores de salud.
- Si lo pide por escrito, le informaremos sobre las pautas que utilizamos para revisar las afecciones o enfermedades cubiertas por UnitedHealthcare Community Plan.
- Si lo pide por escrito, le informaremos sobre la preparación requerida y cómo los proveedores de atención médica pueden aplicar para formar parte de UnitedHealthcare Community Plan.

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

- Si pregunta, le informaremos 1) si nuestros contratos o subcontratos incluyen planes de incentivo médico que afecten el uso de los servicios de referido, y en tal caso 2) información sobre los tipos de acuerdos de incentivos que utilizamos; y 3) si se provee protección de compensación para médicos y grupos de médicos.
- Información sobre cómo está organizada y cómo trabaja la empresa.

Envíe todas las solicitudes por escrito a:

Member Services Department  
UnitedHealthcare Community Plan  
One Penn Plaza, 8th Floor  
New York, NY 10119

## Manténganos informados

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** cuando se produzcan estos cambios en su vida:

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

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

**Si ya no recibe Medicaid**, consulte al Departamento de Servicios Sociales local. Es posible que pueda inscribirse en otro programa.

# Cancelación de inscripción y transferencias

## 1. Cuando los beneficios finalizan o usted desea abandonar el plan

Puede probarnos durante 90 días. Puede abandonar UnitedHealthcare Community Plan y afiliarse a otro plan de salud en cualquier momento durante ese tiempo. Si no abandona en los primeros 90 días, sin embargo, debe permanecer en UnitedHealthcare Community Plan durante nueve meses más, **a menos que** tenga una buena razón (causa justa) para cancelar su inscripción en nuestro plan.

### Algunos ejemplos de causa justa son:

- Nuestro plan de salud no cumple con los requisitos del estado de New York y, en consecuencia, nuestros miembros resultan perjudicados.
- Se muda fuera del área de servicio
- Usted, el plan y el Departamento Local de Servicios Sociales (Local Department of Social Services, LDSS) coinciden en que la cancelación de la inscripción es lo mejor para usted
- Está exento o excluido de atención médica administrada
- No ofrecemos un servicio de atención médica administrada de Medicaid que pueda obtener de otro plan de salud en su área
- Necesita un servicio relacionado con un beneficio que decidimos no cubrir y obtener el servicio en forma separada pondría en riesgo su salud
- No hemos podido proporcionar los servicios según lo estipulado en nuestro contrato con el estado.
- Usted es un niño que ha entrado en cuidados de acogida en el LDSS y necesita transferirse a un nuevo plan para ver a los proveedores adecuados
- No tenemos un contrato con el hogar de atención de enfermería en el que vive o en el que vivirá, y usted debe transferirse a un plan que sí lo tenga.

### Para cambiar de plan

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

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

En los condados de Ciudad de New York, Albany, Cayuga, Chemung, Chenango, Clinton, Columbia, Essex, Franklin, Fulton, Genesee, Jefferson, Lewis, Madison, Monroe, Nassau, Onondaga, Ontario, Orange, Orleans, Oswego, Rockland, Schenectady, St. Lawrence, Suffolk, Tioga, Ulster, Warren, Wayne, Westchester o Yates, llame a Medicaid Choice de New York al 1-800-505-5678 para cambiar de plan o cancelar su inscripción. Los asesores de Medicaid Choice de New York pueden ayudarle a cambiar de plan de salud.

Es posible que pueda cambiarse a otro plan por teléfono. Si tiene que estar en atención médica administrada, tendrá que elegir otro plan de salud.

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

Usted puede pedir que se actúe con mayor rapidez si considera que el tiempo del proceso regular podría causarle mayores daños a su salud. También puede pedir que se actúe con mayor rapidez si presentó una queja por no estar de acuerdo con la inscripción. Simplemente llame al Departamento Local de Servicios Sociales o New York Medicaid Choice.

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

Durante la transición de la atención pediátrica a la atención para adultos, usted o su hijo/a pueden tener que abandonar UnitedHealthcare Community Plan si usted o el niño:

- Se muda fuera del condado o área de servicio
- Se cambia a otro plan de atención médica administrada
- Se afilia a HMO u otro plan de seguros a través del trabajo
- Va a la cárcel
- Pierde la elegibilidad por otro motivo

Es posible que su hijo deba abandonar UnitedHealthcare Community Plan o \* cambiar de Plan si:

- Se afilia a un programa para hijos con discapacidades físicas, o
- Es colocado en cuidados de acogida por una agencia que tiene un contrato para proporcionar ese servicio al Departamento de Servicios Sociales local, incluidos todos los niños en cuidados de acogida en la Ciudad de New York, o
- \*El Departamento de Servicios Sociales local le coloca en cuidados de acogida en un área que no es atendida por el plan actual de su hijo.

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

Si tiene que abandonar UnitedHealthcare Community Plan o deja de ser elegible para Medicaid, todos sus servicios pueden interrumpirse inesperadamente, incluida cualquier atención que reciba en su hogar. Llame inmediatamente a Medicaid Choice de New York al **1-800-505-5678** si esto sucede.

### 3. Podemos solicitarle que abandone UnitedHealthcare Community Plan

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

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

## Apelaciones al plan

Existen algunos tratamientos y servicios que necesitan aprobación antes de su realización o para que pueda continuar recibéndolos. Esto se conoce como **autorización previa**. La solicitud de aprobación para un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Este proceso se describió anteriormente en este manual. El aviso de nuestra decisión de rechazar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por un monto inferior al solicitado se denomina **determinación adversa inicial**.

Si no está conforme con nuestra decisión acerca de su atención, existen ciertos pasos que puede seguir.

### Su proveedor puede pedir la reconsideración

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

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

### **Puede presentar una apelación al plan.**

Si cree que nuestra decisión sobre su solicitud de autorización de servicio es incorrecta, puede pedirnos que examinemos su caso nuevamente. Esto se llama apelación al plan.

- Tiene 60 días calendario a partir de la fecha de la Determinación adversa inicial para solicitar una apelación al plan
- Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** si necesita ayuda para solicitar una apelación al Plan o para seguir los pasos del proceso de apelación. Podemos asistirlo si tiene necesidades especiales como un problema de audición o visión o si necesita servicios de traducción.
- Puede solicitar una apelación al plan, o puede hacer que otra persona, como un familiar, amigo, médico o abogado, la pida por usted. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración que diga que desea que esa persona le represente.

Ayuda para continuar mientras apela una decisión acerca de su atención:

Si decidimos reducir, suspender o suspender los servicios que está recibiendo ahora, es posible que pueda continuar con los servicios mientras espera que se decida su apelación al plan. Debe solicitar su apelación al plan:

- En el término de diez días a partir de la fecha en que se le comunique que está cambiando su atención; o
- A más tardar en la fecha en que está programado el cambio de servicios, lo que ocurra más tarde. Si su apelación al plan da como resultado otra denegación, es posible que deba pagar los costos de los beneficios continuados que recibió.

### **Puede llamar o escribir para solicitar una apelación al plan.**

Cuando solicite una apelación al plan, o poco después, deberá indicarnos:

- Su nombre y dirección
- Número de afiliado
- El servicio que usted solicitó y el/los motivo(s) de la apelación
- Cualquier información que desee que revisemos, como notas clínicas, cartas de médicos u otra información que explique por qué necesita el servicio
- Cualquier información específica que dijimos que necesitábamos en el aviso de determinación adversa inicial
- Para ayudarlo a prepararse para su apelación al plan, puede solicitar ver las pautas, las notas clínicas y otros documentos que utilizamos para realizar la determinación adversa inicial

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

Si se acelera su apelación al plan, es posible que tenga poco tiempo para darnos la información que desea que revisemos. Puede solicitar ver estos documentos o solicitar una copia gratuita llamando al **1-800-493-4647**. Proporciónenos su información y materiales por teléfono o correo postal:

### **Teléfono 1-800-493-4647**

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

Si solicita una apelación al plan por teléfono, a menos que sea acelerada, también debe enviarnos su apelación al plan por escrito.

### **Si solicita un servicio o proveedor fuera de la red:**

Si dijimos que el servicio que solicitó no es muy diferente de un servicio disponible de un proveedor participante, puede pedirnos que verifiquemos si este servicio es médicamente necesario para usted. Deberá pedirle a su médico que envíe esta información con su apelación al plan:

1. Una declaración por escrito de su médico de que el servicio fuera de la red es muy diferente del servicio que el plan puede proporcionar con un proveedor participante. Su médico debe ser un especialista certificado por una junta o elegible para la certificación, que atienda a personas que necesitan el servicio que usted solicita.
2. Dos documentos médicos o científicos que demuestren que el servicio que solicita es más útil para usted y no le causará más daño que el servicio que el plan puede proporcionar con un proveedor participante. Si su médico no envía esta información, revisaremos su apelación al plan de todos modos. Sin embargo, es posible que usted no sea elegible para una apelación externa. Consulte la sección **Apelaciones externas** más adelante en este manual.

Si cree que nuestro proveedor participante no tiene la formación o experiencia correctas para proporcionar un servicio, puede pedirnos que verifiquemos si es médicamente necesario que usted sea referido a un proveedor fuera de la red. Deberá pedirle a su médico que envíe esta información con su apelación:

1. Una declaración por escrito que diga que nuestro proveedor participante no tiene la formación y experiencia correctas para satisfacer sus necesidades, y
2. Que recomienda un proveedor fuera de la red con la formación y experiencia adecuadas que pueda brindarle el servicio.

Su médico debe ser un especialista certificado por una junta o elegible para la certificación, que atienda a personas que necesitan el servicio que usted solicita. Si su médico no envía esta información, revisaremos su apelación al plan de todos modos. Sin embargo, es posible que usted no sea elegible para una apelación externa. Consulte la sección **Apelaciones externas** más adelante en este manual.

78 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

### Qué sucede después de que recibimos su apelación al plan

- En un plazo de 15 días le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación al plan.
- Le enviaremos una copia gratuita de las notas clínicas y cualquier otra información que utilicemos para tomar la decisión sobre la apelación. Si se acelera su apelación al plan, es posible que tenga poco tiempo para revisar esta información.
- También puede proporcionar información en persona o por escrito que se utilizará para tomar la decisión. Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-493-4647** si no está seguro de qué información debe proporcionarnos.
- Las apelaciones al plan por asuntos clínicos serán decididas por profesionales de la atención médica cualificados que no tomaron la primera decisión, y al menos uno de ellos será un colega revisor clínico.
- Las decisiones que no sean clínicas estarán a cargo de personas que trabajan en un nivel superior que aquellas que trabajaron en su primera decisión.
- Se le darán las razones de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde.

El aviso de la decisión de la apelación al plan de rechazar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por un monto inferior al solicitado se denomina **determinación adversa final**.

- Si cree que nuestra determinación adversa final es incorrecta:
  - Puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección **Audiencias imparciales** de este manual.
  - Para algunas decisiones, es posible que pueda solicitar una apelación externa. Consulte la sección **Apelaciones externas** de este manual.
  - Presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de New York al 1-800-206-8125.

### Plazos para las apelaciones al plan:

- **Apelaciones al plan estándares:** Si tenemos toda la información necesaria, le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo de treinta días calendario desde el momento en que solicita su apelación al plan. Se le enviará una notificación escrita sobre nuestra decisión en un plazo de 2 días hábiles a partir de tomada la decisión.
- **Apelaciones al plan aceleradas:** Si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones sobre apelaciones al plan aceleradas se tomarán en 2 días laborables desde su apelación al plan, pero no más de 72 horas desde el momento en que usted solicita su apelación al plan.
  - Le avisaremos en un plazo de 72 horas si necesitamos más información.

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

- Si su solicitud fue denegada cuando solicitó más tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias en pacientes hospitalizados al menos 24 horas antes del momento en que debía abandonar el hospital, tomaremos una decisión sobre su apelación en un plazo de 24 horas.
- Le comunicaremos nuestra decisión por teléfono y le enviaremos un aviso por escrito más tarde.

### Su apelación al plan se revisará bajo el proceso acelerado si:

- Si usted o su médico solicitan que su apelación al plan sea revisada mediante el proceso acelerado. su médico explica de qué manera un retraso causaría daños a su salud. Si su solicitud de proceso acelerado es denegada, se lo notificaremos y su apelación al plan se revisará mediante el proceso estándar; o
- Si su solicitud fue denegada cuando pidió continuar recibiendo la atención que recibe ahora o necesita extender un servicio proporcionado; o
- Si su solicitud fue denegada cuando solicitó atención médica domiciliaria después de haber estado en el hospital; o
- Si su solicitud fue denegada cuando solicitó más tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias en pacientes hospitalizados al menos 24 horas antes del momento en que debía abandonar el hospital.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su apelación al plan, haremos lo siguiente:

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

Usted o su representante también pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Puede ser porque tiene más información para entregarle al plan que podría ayudar a decidir su caso. Esto se puede realizar llamando al **1-800-493-4647** o por escrito. Envíe las solicitudes por escrito a:

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

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

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

Si usted no recibe una respuesta a su apelación al plan o nosotros no tomamos una decisión a tiempo, incluidas las extensiones del plazo, puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección **Audiencias imparciales** de este manual.

Si no tomamos una decisión sobre su apelación al plan a tiempo, y dijimos que el servicio que solicita:

1. No es médicamente necesario.
2. Es experimental o está en investigación.
3. No es diferente de la atención que puede recibir en la red del plan.
4. Está disponible a través de un proveedor participante que tiene la capacitación y experiencia correctas para satisfacer sus necesidades.

La denegación original se revertirá. Esto significa que se aprobará la solicitud de autorización del servicio.

### **Ayuda para continuar mientras apela una decisión acerca de su atención**

Si decidimos reducir, suspender o suspender los servicios que está recibiendo ahora, es posible que pueda continuar con los servicios mientras espera que se decida su apelación al plan. **Debe solicitar su apelación al plan:**

- En el término de diez días a partir de la fecha en que se le comunique que se ha rechazado su solicitud o que cambia la atención; o
- A más tardar en la fecha en que está programado el cambio de servicios, lo que ocurra más tarde.

Si su apelación al plan da como resultado otra denegación, solicite una audiencia imparcial. Consulte la sección **Audiencias imparciales** más adelante en este manual. Si pierde su apelación al plan y audiencia justa, es posible que deba pagar el costo de cualquier beneficio que haya continuado recibiendo.

# Apelaciones externas

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

- No es médicamente necesario, o
- Es experimental o está en investigación, o
- No es diferente de un servicio que está disponible en nuestra red; o
- Está disponible a través de un proveedor del plan que tiene la capacitación y experiencia para satisfacer sus necesidades.

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

Antes de solicitar una apelación externa:

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

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

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

Estas son algunas maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882
- Ingrese al sitio web del Departamento de Servicios Financieros en [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov)
- Comuníquese con el plan de salud llamando al **1-800-493-4647**.

82 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY 711  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

Su apelación externa se decidirá en 30 días. Se puede requerir más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de apelaciones externas solicita más información. Se les comunicará a usted y al plan la decisión final en el término de dos días después de que se tome la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si:

- Su médico dice que un retraso podría causar daños a su salud; o
- Si se encuentra en el hospital después de una visita a la sala de emergencias y el plan niega la atención hospitalaria.

Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor de apelaciones externas decidirá una apelación acelerada en 72 horas o menos.

Si solicitó tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias como mínimo 24 horas antes del momento en que debía abandonar el hospital, continuaremos pagando su estancia si:

- Usted solicita una apelación al plan acelerada en un plazo de 24 horas, y
- Solicita una apelación externa acelerada al mismo tiempo.

El plan continuará pagando su internación hasta que se tome una decisión sobre sus apelaciones. Su plan tomará una decisión sobre su apelación acelerada interna en 24 horas. La apelación externa acelerada se decidirá en 72 horas.

El revisor de apelaciones externas les informará a usted y al plan la decisión de inmediato por teléfono o por fax. Luego, se le enviará una carta con la información sobre la decisión.

Si solicita una apelación al plan y recibe una determinación adversa final que niega, reduce o detiene su servicio, puede solicitar una audiencia imparcial. Usted puede solicitar una audiencia imparcial y pedir una apelación externa. Si pide una audiencia imparcial y también una apelación externa, la decisión del director de audiencias imparciales será la que cuente.

# Audiencias Imparciales

En algunos casos puede pedir una audiencia imparcial del estado de New York.

- No está a gusto con una decisión tomada por el Departamento local de Servicios Sociales o el Departamento de Salud Estatal, sobre si permanece o abandona UnitedHealthcare Community Plan.
- No está satisfecho con la decisión que tomamos de restringir sus servicios. Siente que la decisión limita los beneficios de Medicaid. Tiene 60 días calendario a partir de la fecha del Aviso de intención de restringir para solicitar una audiencia imparcial. Si solicita una audiencia imparcial dentro de los 10 días posteriores al Aviso de intención de restringir, o antes de la fecha de entrada en vigencia de la restricción, lo que ocurra más tarde, puede continuar recibiendo sus servicios hasta la decisión de audiencia imparcial. Sin embargo, si pierde la audiencia imparcial, debe pagar el costo de los servicios recibidos mientras esperaba la decisión.
- No está a gusto con la decisión de su médico de no solicitar servicios que usted quería. Siente que la decisión del médico corta o limita sus beneficios de Medicaid. Debe presentar una queja a UnitedHealthcare Community Plan. Si UnitedHealthcare Community Plan se muestra de acuerdo con su médico, puede solicitar una apelación al plan. Si recibe una determinación adversa final, tendrá 120 días naturales a partir de la fecha de la determinación adversa final para solicitar una audiencia imparcial del estado.
- No está satisfecho con una decisión que tomamos sobre su atención. Siente que la decisión limita los beneficios de Medicaid. No está satisfecho con nuestra decisión de:
  - Reducir, suspender o detener la atención que estaba recibiendo; o
  - Denegar la atención que deseaba;
  - Denegar el pago de la atención que recibió; o
  - No se le permitió disputar un monto de copago, otro monto que adeuda o el pago que realizó por su atención médica.

Primero debe solicitar una apelación al plan y recibir una determinación adversa final. Tendrá 120 días naturales a partir de la fecha de la determinación adversa final para solicitar una audiencia imparcial.

Si solicitó una apelación al plan y recibe una determinación adversa final que reduce, suspende o detiene la atención que usted recibe ahora, puede continuar recibiendo los servicios que su médico indicó mientras espera a que se decida su audiencia imparcial. Debe solicitar una audiencia imparcial en un plazo de 10 días a partir de la fecha de la determinación adversa final o en el momento en que la medida entre en vigor, lo que ocurra más tarde. Sin embargo, si elige solicitar la continuidad de los servicios y pierde la audiencia imparcial, debe pagar el costo de los servicios recibidos mientras esperaba la decisión.

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

- Usted solicitó una apelación al plan, y el tiempo para que decidamos sobre su apelación al plan ha vencido, incluida cualquier extensión del plazo. Si usted no recibe una respuesta a su apelación al plan o nosotros no tomamos una decisión a tiempo, puede solicitar una audiencia imparcial.

La decisión que reciba de la audiencia imparcial será definitiva.

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

1. Por teléfono, llame de forma gratuita al 1-800-342-3334;
2. Por fax, 518-473-6735;
3. Por Internet, [www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp](http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp)
4. Por correo:  
NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings, Managed Care Hearing Unit  
P.O. Box 22023  
Albany, NY 12201-2023

Cuando solicite una audiencia imparcial sobre una decisión tomada por UnitedHealthcare Community Plan, debemos enviarle una copia del **paquete de pruebas**. Esta es la información que utilizamos para tomar nuestra decisión sobre su atención. El plan proporcionará esta información al funcionario que realiza la audiencia para explicarle nuestra medida. Si no hay tiempo suficiente para enviárselo por correo, llevaremos una copia del paquete de pruebas a la audiencia para usted. Si no recibe su paquete de pruebas la semana anterior a su audiencia, puede llamar al **1-800-493-4647** para solicitarlo.

El plan de salud está obligado a proteger la confidencialidad menor (de 0 a 17 años de edad) y, por lo tanto, no enviará notificaciones a los miembros de rechazos de pago de reclamaciones.

A partir del 1 de julio de 2016, el Plan de salud debe garantizar además que se reduzca el riesgo de divulgación accidental de información médica confidencial para todos los miembros menores (de 0 a 17 años de edad). Para hacerlo, el Plan de Salud no enviará avisos a los miembros sobre denegaciones de pago de reclamos, incluidas reclamaciones de salud dental y conductual.

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

Si recibe una factura por servicios de atención médica, puede comunicarse con Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, para obtener ayuda y confirmar su derecho a una audiencia imparcial del estado si no está de acuerdo con la determinación de denegar el pago de un servicio de atención médica. UnitedHealthcare Community Plan continuará garantizando una respuesta rápida a su solicitud o a la de su representante para ver su expediente (un expediente del caso contiene información relacionada con una solicitud de servicio específica e información revisada por UnitedHealthcare Community Plan en el proceso de alcanzar una determinación de cobertura). UnitedHealthcare Community Plan cumplirá con los requisitos de confidencialidad y, cuando lo exija la ley o la normativa, obtendrá la autorización adecuada antes de divulgar la información médica protegida que pueda incluirse en su expediente.

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

## Proceso de queja

### Reclamaciones

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

Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, si necesita ayuda para presentar una queja o seguir los pasos del proceso de queja. Podemos asistirlo si tiene necesidades especiales como un problema de audición o visión o si necesita servicios de traducción. No complicaremos las cosas ni tomaremos una acción en contra de usted por presentar una queja.

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

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

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

### Cómo presentar una queja a nuestro plan

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

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

Puede escribirnos con su queja o llamar al número de Servicios para Miembros y solicitar un formulario de queja. Debe enviarla a la siguiente dirección:

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

### ¿Qué sucede después?

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

- Quién está trabajando en su queja
- Cómo comunicarse con esa persona
- Si necesitamos más información

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

### Después de revisar su queja

- Le avisaremos de nuestra decisión dentro de los 45 días de contar con toda la información necesaria para responder a su queja, pero tendrá noticias en un plazo no mayor a 60 días del día en que recibimos su queja. Le escribiremos y le haremos saber las razones de nuestra decisión.
- Cuando una demora podría poner en riesgo su salud, le avisaremos de nuestra decisión dentro de las 48 horas de contar con toda la información necesaria para responder su queja, pero tendrá noticias en un plazo no mayor a 7 días desde el día en que recibimos su queja. Lo llamaremos con nuestra decisión o trataremos de localizarle para decírselo. Recibirá una carta para realizar un seguimiento de nuestra comunicación en 3 días hábiles.

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

- Se le dirá cómo apelar nuestra decisión si no está satisfecho e incluiremos los formularios que necesite.
- Si no podemos tomar una decisión acerca de su queja debido a que no contamos con suficiente información, le enviaremos una carta y se lo informaremos.

## Apelaciones de quejas

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

### Cómo presentar una apelación de queja

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

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

### Qué sucede después de recibir su apelación de queja

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

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

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

Si contamos con toda la información que necesitamos, se le informará nuestra decisión en el término de 30 días hábiles. Si una demora pusiera en riesgo su salud, se le comunicará nuestra decisión en 2 días hábiles a partir de la fecha en que contemos con toda la información que necesitamos para resolver la apelación. Se le darán las razones de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde. Si aún no queda conforme, usted o alguien que lo represente podrán presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de New York llamando al 1-800-206-8125.

## Derechos y responsabilidades de los miembros

### Sus derechos

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, tiene derecho a:

- Recibir información acerca de UnitedHealthcare, sus servicios, sus profesionales de la salud y sus proveedores, y derechos y responsabilidades del miembro
- Ser atendido con respeto, dignidad y privacidad, sin tener en cuenta el estado de salud, sexo, raza, color, religión, origen nacional, edad, estado civil u orientación sexual
- Saber dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de UnitedHealthcare Community Plan
- Que su PCP le explique cuál es el problema, lo que se puede hacer por usted y cuál sería el resultado probable, en un idioma que usted comprenda
- Obtener una segunda opinión respecto de su atención por parte de un proveedor de la red o que no pertenezca a la red sin costo adicional si no hay un proveedor de la red disponible
- Aprobar cualquier tratamiento o plan para su atención médica después de recibir una explicación completa del mismo
- Rechazar la atención médica y que se le informe los riesgos que eso implica
- Obtener una copia de sus registros médicos y hablar de ellos con su PCP y pedir, si es necesario, que sus registros médicos se enmienden o corrijan
- Asegurarse de que su registro médico sea privado y no se comparta con otra persona, excepto según lo requerido por ley, contrato o con su aprobación
- Utilizar el sistema de quejas de UnitedHealthcare Community Plan para resolver las quejas, o quejarse al Departamento de Salud del estado de New York o al Departamento local de Servicios Sociales cada vez que crea que no fue tratado de forma justa
- Efectuar recomendaciones acerca de la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización
- Utilizar el sistema de audiencias imparciales del estado

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

- Nombrar a alguien (familiar, amigo, abogado, etc.) para que hable sobre su atención médica y tratamiento si usted no puede hacerlo por sí mismo
- Recibir atención médica considerada y respetuosa en un entorno limpio y seguro, libre de restricciones innecesarias
- Tener una conversación franca sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios

### Sus responsabilidades

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted se compromete a:

- Trabajar con su PCP para proteger y mejorar su salud.
- Proporcionar información verdadera y completa que la organización y sus profesionales de la salud y proveedores necesitan para proveer la atención.
- Cumplir con los planes y las instrucciones de atención que ha acordado con su profesional de la salud.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento establecidos de mutuo acuerdo.
- Saber cómo funciona su sistema de atención médica.
- Escuchar los consejos de su PCP y hacer preguntas si tiene dudas.
- Llamar o regresar a su PCP si no se siente mejor, o pedir una segunda opinión.
- Tratar al personal de atención médica con el mismo respeto que usted pretende recibir.
- Decirnos si tiene problemas con algún miembro del personal de atención médica. Llamar a Servicios para Miembros.
- Asistir a sus citas. Si debe cancelar una cita, llámenos tan pronto como pueda.
- Usar la sala de emergencias únicamente para emergencias verdaderas.
- Llamar a su PCP cuando necesita atención médica, incluso fuera de horas de consulta.

### Directrices anticipadas

Puede suceder que en algún momento de la vida usted no pueda tomar decisiones acerca de su propia atención médica. Al planificarlo con anticipación, puede decidir ahora cómo hacer que se cumplan sus deseos. Primero, hágales saber a sus familiares, amigos y a su médico qué tipos de tratamientos desea o no desea recibir. Segundo, puede designar a un adulto de su confianza para que tome las decisiones por usted. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia y demás personas cercanas; así sabrán lo que usted quiere. Tercero, es mejor si escribe lo que piensa. Los documentos enumerados a continuación pueden ayudarlo. No necesita emplear a un abogado, pero es posible que desee hablar con uno acerca de este tema. Puede cambiar de opinión y estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a comprender y obtener estos documentos. Estos documentos no modifican su derecho a recibir beneficios de atención de la salud de calidad. El único objetivo es permitir a los demás saber cuál es su deseo si no puede hablar por usted mismo.

- **Apoderado de atención médica:** con este documento, usted nombra a otro adulto de su confianza (generalmente un amigo o miembro de la familia) para que decida sobre su atención médica en caso de que usted no pueda hacerlo. Si lo hace, debe hablar con la persona, así sabrá lo que usted quiere.
- **CPR y DNR:** tiene derecho a decidir si desea algún tratamiento especial o de emergencia para reanimar su corazón o pulmones en caso de que la respiración o la circulación se detengan. Si no desea tratamiento especial, incluida la reanimación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation, CPR), debe dejarlo asentado por escrito. Su PCP proveerá una orden de DNR (no reanimar) para sus notas clínicas. También puede llevar con usted un formulario DNR y/o un brazalete para que cualquier proveedor médico de emergencia sepa cuáles son sus deseos.
- **Tarjeta de donación de órganos:** esta tarjeta tamaño billetera expresa que está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otros cuando muere. Además, marque la parte posterior de su licencia de conducir para informar a los demás si desea donar sus órganos y cómo desea hacerlo.

# Definiciones

**Defensoría:** El espíritu de este trabajo es promover asociaciones eficaces entre padres/cuidadores y sistemas profesionales. La defensa en esta función no incluye la consulta o representación legal. Se define como trabajo constructivo y colaborativo con y en nombre de las familias para ayudarles a obtener los servicios y apoyo necesarios para promover resultados positivos para sus hijos.

**Salud conductual (BH):** Se refiere a la salud mental y/o a los beneficios y/o afecciones de SUD.

**Servicio de salud conductual (servicio de BH):** Cualquiera o todos los servicios identificados en la Tabla 2 (Plan Estatal de Medicaid y Beneficios de Demostración para todas las Poblaciones de Medicaid Managed Care menores de 21 años) de este documento.

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

**Cuidador/tutor legal:** El adulto o los adultos que tienen autoridad legal para tomar decisiones y dar su consentimiento por el niño o el joven que recibe atención/servicios. Esto puede incluir el/los progenitor(es), OCFS, LDSS, etc.

**Opción de primera elección para la comunidad (Community First Choice Option, CFCO):** Servicios y apoyo mejorados para personas elegibles que necesitan asistencia con actividades cotidianas debido a una discapacidad física, del desarrollo o del comportamiento. Estos servicios y apoyos abordan las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria y las tareas relacionadas con la salud a través de la asistencia práctica, la supervisión y/o las indicaciones. Los receptores de Medicaid deben cumplir con los requisitos de establecimiento de HCBS y los criterios institucionales de LOC, así como otros criterios de elegibilidad, para ser elegibles para los servicios CFCO. Los servicios de CFCO deben proporcionarse de conformidad con un plan de servicio centrado en la persona. Hay más información disponible en [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/redesign/community\\_first\\_choice\\_option.htm](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/community_first_choice_option.htm).

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

**Asesor acreditado sobre alcoholismo y abuso de sustancias (Credentialed Alcoholism and Substance Abuse Counselor, CASAC):** Asesor acreditado sobre alcoholismo y abuso de sustancias según lo definido por OASAS en 14 NYCRR Parte 853.

**Defensor de pares en recuperación certificado – Familia:** Especialista en apoyo entre pares certificado por OASAS con capacitación y designación especial para “Familia”.

**Defensor de pares en recuperación certificado – Jóvenes:** Especialista en apoyo entre pares certificado por OASAS con capacitación y designación especial para “Jóvenes”.

**Evaluación de necesidades y fortalezas para niños y adolescentes – New York (Child and Adolescent Needs and Strengths Assessment – New York, CANS-NY):** Herramienta de evaluación validada y estructurada para niños/jóvenes compuesta por dominios relevantes para determinar las fortalezas y necesidades de un niño/joven y de su familia. Esta herramienta se utiliza para ayudar con la coordinación de la atención de los miembros inscritos en Health Homes. La CANS-NY también se utilizará para determinar la elegibilidad de ciertas poblaciones de niños/jóvenes para HCBS. Para obtener información más detallada sobre la elegibilidad, consulte los Anexos A y B.

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

**Equipo de rediseño de Medicaid para niños:** Subcomité del MRT al que el gobernador Andrew Cuomo encargó reestructurar el programa Medicaid. El subcomité de Niños participó en el desarrollo y diseño de las iniciativas de MRT para niños. Para obtener más información, visite: [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/redesign/behavioral\\_health/children/child\\_mrt.htm](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/behavioral_health/children/child_mrt.htm).

**Episodio continuo de atención para niños:** Un curso de tratamiento ambulatorio de salud o salud conductual, sin servicios ambulatorios de desintoxicación y abstinencia, que comenzó antes de la fecha de entrada en vigencia de la Inclusión de Beneficios Ampliados para Niños en la que se prestó un servicio en virtud de la Exención para Perturbaciones Emocionales Graves de la NY OMH (0296.R03.00), NY Bridges to Health for Children c/Exención de grave trastorno emocional (0469.R01.00), NY Bridges to Health for Children con exención de discapacidad del desarrollo (0470.R01.00), NY Bridges to Health para niños que son médicamente frágiles (0471.R01.00), o NY Care at Home I/II (4125.R04.00) El mismo proveedor había proporcionado exenciones al menos dos veces durante los seis meses anteriores a la fecha de Inclusión de Beneficios Ampliados para Niños a un Inscrito menor de 21 años para el tratamiento de la misma afección de salud o salud conductual o relacionada.

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

**Servicios especializados para niños:** Servicios para abordar trastornos de salud mental, salud física y/o consumo de sustancias, incluidos: Servicios de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento y salud y salud conductual; servicios según se definen en 18 NYCRR Parte 507 y autorizados por el Estado para ser proporcionados por proveedores de tratamiento designados de conformidad con las normas y reglamentos del Estado para personas menores de 21 años; y Servicios basados en el hogar y la comunidad para niños.

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

**Trauma complejo:** El trauma complejo es una única condición de elegibilidad apta para Health Home y forma parte de los criterios objetivo de LON para HCBS para la población de abuso, negligencia y maltrato o de trauma complejo de Health Home. La definición de trauma complejo se desarrolló en asociación con la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) y la Red Nacional de Estrés Traumático Infantil (National Child Traumatic Stress Network, NCTSN), [www.nctsn.org](http://www.nctsn.org). La definición de trauma complejo es la siguiente:

- A. El término trauma complejo incorpora al menos:
  - i. bebés/niños/adolescentes con exposición a múltiples acontecimientos traumáticos, a menudo de naturaleza invasiva e interpersonal, y ii) el impacto más amplio y a largo plazo de esta exposición.
- B. La naturaleza de los acontecimientos traumáticos:
  - i. A menudo es grave y generalizada, como abuso o negligencia profunda.
  - ii. Generalmente comienza temprano en la vida.
  - iii. Puede ser perjudicial para el desarrollo del niño y la formación de un sentido saludable de sí mismo (con autorregulación, funcionamiento ejecutivo, autopercepciones, etc.).
  - iv. A menudo ocurre en el contexto de la relación del niño con un cuidador; y
  - v. Puede interferir en la capacidad del niño para formar un vínculo de apego seguro, que se considera un requisito previo para el funcionamiento social-emocional saludable.
- C. Muchos aspectos del desarrollo físico y mental saludable de un niño dependen de este apego seguro, una fuente importante de seguridad y estabilidad.
- D. Los efectos adversos a largo plazo de amplio alcance pueden incluir deterioros en:
  - i. Respuestas fisiológicas y neurodesarrollo relacionado
  - ii. Reacciones emocionales
  - iii. Procesos cognitivos, incluida la capacidad de pensar, aprender y concentrarse
  - iv. Control de impulsos y otros comportamientos autorregulantes

94 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY 711  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

- v. Autoimagen
- vi. Relaciones con los demás, y
- vii. Disociación.

En el sitio web del Departamento de Salud se puede encontrar información, herramientas y formularios sobre trauma complejo (incluidos los formularios de exposición a trauma complejo, evaluaciones y determinación de elegibilidad).

**Servicios con orden judicial:** Servicios que el Plan debe proporcionar a los inscritos de conformidad con órdenes de tribunales de jurisdicción competente, siempre que dichos servicios solicitados estén dentro del paquete de beneficios del Plan y sean reembolsables en virtud del Título XIX de la Ley Federal de Seguridad Social, SSL 364-j(4)(r).

**Plan de crisis:** Una herramienta utilizada por los proveedores de niños/jóvenes con el fin de ayudar a reducir o gestionar los síntomas relacionados con la crisis; promover comportamientos saludables; abordar medidas de seguridad; y/o prevenir o reducir el riesgo de daño o difusión de situaciones peligrosas. El niño/joven/familia participará activamente en el desarrollo del plan de crisis. Con el consentimiento de la familia, el plan de crisis puede compartirse con contactos colaterales que también trabajen con ese niño/joven/familia y que podrían proporcionar apoyo o intervención en crisis en el futuro. Compartir el plan de crisis ayuda a promover la concienciación y la capacidad de los futuros proveedores para apoyar las estrategias que está implementando el niño/joven/familia.

**Competencia Cultural:** Concienciación y aceptación de las diferencias culturales, conciencia de los valores culturales individuales, comprensión de cómo las diferencias individuales afectan a las personas que participan en el proceso de ayuda, conocimiento básico sobre la cultura del cliente, conocimiento del entorno del cliente y la capacidad de adaptar las habilidades de práctica para adaptarse al contexto cultural individual o familiar.

**Días:** Se refiere a días naturales, salvo que se indique lo contrario.

**Demostración:** Los cuatro servicios de demostración de BH ya incluidos en la demostración 1115 en atención médica administrada y se ampliarán a niños inscritos en atención médica administrada:

- Servicios ambulatorios para adicciones
- Servicios residenciales para adicciones
- Profesionales de la salud conductual con licencia, e
- Intervención en caso de crisis.

**Departamento de Salud (DOH):** [http://www.health.ny.gov/health\\_care/managed\\_care/](http://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/)

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

**Discapacidad de desarrollo:** Un niño que tiene una DD según la definición de OPWDD que: es atribuible a discapacidad intelectual, parálisis cerebral, epilepsia, deterioro neurológico, disautonomía familiar o autismo; es atribuible a cualquier otra afección que se considere estrechamente relacionada con la discapacidad intelectual porque dicha afección provoca un deterioro del funcionamiento intelectual general o del comportamiento adaptativo similar al de las personas con discapacidad intelectual o requiere un tratamiento y servicios similares a los requeridos para dichos niños; es atribuible a la dislexia resultante de una discapacidad descrita anteriormente; se origina antes de que el niño cumpla 22 años; ha continuado o se puede esperar que continúe indefinidamente; y constituye un impedimento sustancial para la capacidad de dicho niño de funcionar normalmente en la sociedad.

**Hitos del desarrollo:** Marcadores a lo largo de la vida que normalmente se evalúan durante la infancia. Los hitos incluyen habilidades físicas, emocionales, cognitivas, sociales y de comunicación.

**Evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT):** Proporciona servicios de atención de la salud integral y preventiva para niños menores de 21 años que están inscritos en Medicaid. Los EPSDT son importantes para garantizar que los niños y adolescentes reciban servicios preventivos, dentales, de salud mental y de desarrollo, y especializados adecuados.

**Proveedores esenciales de salud conductual comunitaria:** Los proveedores esenciales de salud conductual comunitaria incluyen lo siguiente:

- A. Proveedores estatales de servicios de salud mental ambulatorios, proveedores de servicios;
- B. Proveedores estatales de servicios de salud conductual basados en el hogar y la comunidad; y
- C. Programas de tratamiento para consumo de opioides
- D. Clínicas ambulatorias con licencia de la OMH con licencia para tratar a niños de 0 a 5 años de edad;
- E. Programas integrales de emergencia psiquiátrica que atienden a niños;
- F. Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados autorizados por la OMH para niños ubicados dentro de hospitales autorizados en virtud del Artículo 28 de la Ley de Salud Pública del Estado de New York; y
- G. Hospitales designados en virtud de la Ley de Higiene Mental § 9.39 que sirven a niños.

**Práctica basada en la evidencia (Evidence-Based Practice, EBP):** El Instituto de Medicina (Institute of Medicine, IOM) define la “práctica basada en la evidencia” como una combinación de los tres factores siguientes: (1) mejor evidencia de investigación, (2) mejor experiencia clínica y (3) coherente con los valores del paciente.\* Estos factores también son relevantes para el bienestar infantil. El Estado ha adoptado la definición de IOM para la EBP con una ligera variación que incorpora lenguaje de bienestar infantil: la mejor evidencia de investigación, la mejor experiencia clínica y coherente con los valores familiares/del cliente. Esta definición se apoya en una base de

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

investigación científica a la vez que honra la experiencia clínica de los profesionales del bienestar infantil y es plenamente consciente de los valores de las familias a las que se presta servicio.

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

**Familia:** La familia se define como la unidad de cuidados primarios e incluye la amplia diversidad de unidades de cuidados primarios en nuestra cultura. La familia es una unidad por nacimiento, acogida, adopción o autocreación de personas que residen juntas, con un apego significativo a la persona, que se compone de adulto(s) y/o hijo(s), con adulto(s) que realizan tareas de paternidad/cuidado para el/los niño(s) incluso si la persona vive fuera de casa.

**Familiar:** Padres, abuelos, hermanos, tías, tíos, etc. que sean biológicos, adoptivos o participen en el cuidado del niño/la joven.

**Familia de uno:** Expresión que se usa comúnmente para describir a un niño que es elegible para Medicaid mediante el uso de reglas de elegibilidad institucionales para ciertas personas médicamente necesitadas. Estas reglas permiten que una metodología presupuestaria para niños cumpla con los criterios de elegibilidad financiera de Medicaid como una “familia de una sola persona”, utilizando los ingresos propios del niño e ignorando los ingresos parentales.

**Par defensor de la familia:** Especialista certificado por la OMH en apoyo para pares

**Primer episodio de psicosis (FEP):** Los miembros con FEP son personas que han mostrado síntomas psicóticos indicativos de esquizofrenia de reciente aparición. El FEP suele producirse en personas de 16 a 35 años. El FEP incluye a personas en las que la aparición de síntomas psicóticos se produjo en los dos años anteriores, que siguen necesitando servicios de salud mental y que tienen un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico no especificado de otro modo (DSM-IV) u otro espectro de esquizofrenia especificado/no especificado y otro trastorno psicótico (DSM-5). La definición de FEP excluye a las personas cuyos síntomas psicóticos se deben principalmente a un trastorno del estado de ánimo o al consumo de sustancias.

**Conjunto de información y datos sobre la efectividad de la atención de la salud (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS):** Conjunto de medidas de desempeño utilizadas en el sector de la atención administrada, desarrolladas y mantenidas por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA).

**Administración de la atención mediante el programa Health Home** Health Home es un modelo de servicio de administración de la atención para personas inscritas en Medicaid con necesidades médicas y/o de salud conductual crónicas complejas. Los administradores de la atención de Health Home proporcionan administración de la salud física y conductual integrada centrada en la persona, administración de la atención de transición y apoyo comunitario y social para mejorar los resultados de salud de los miembros de Medicaid de alta necesidad y alto costo con afecciones crónicas.

**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY 711 97  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

En abril de 2016, el estado de New York recibió la aprobación de los CMS para ampliar y adaptar el modelo de Health Home para menores de 21 años a partir del otoño de 2016. Según lo definido e implementado por el Plan Estatal de Medicaid, la administración de la atención de Health Home incluye las seis funciones principales y la provisión de planes de atención requeridos para HCBS. Las seis funciones principales incluyen:

- Administración de la atención integral
- Coordinación de la atención y promoción de la salud
- Atención de transición integral
- Apoyo a los inscritos y familiares
- Referidos a apoyos sociales y comunitarios
- Uso de la tecnología de la información de salud para vincular servicios

Todos los niños que reciben HCBS son elegibles para la administración de la atención de Health Home en virtud de la enmienda de exención del MRT 1115 para niños, además de los niños elegibles para Health Home en virtud del Plan Estatal de Medicaid. En el caso de los niños que opten por no participar en Health Homes, el Plan o una Entidad designada por el estado para niños inscritos en FFS llevará a cabo la evaluación de HCBS, el desarrollo del plan de atención (plan of care, POC) y la supervisión continua del POC.

**Entorno doméstico o entorno comunitario:** El entorno principal en el que un niño reside o pasa tiempo, siempre que no sea un centro de enfermería hospitalario, un centro de atención intermedia (Intermediate Care Facility, ICF) o un centro de enfermería psiquiátrica. Nota: esto se distingue de un HCBS. Los servicios del Plan Estatal, incluidos los nuevos servicios de EPSDT OLP y Rehabilitación, así como los Servicios Clínicos, no tienen que cumplir con la norma de configuración de HCBS, 42 CFR 441.301 y 530.

**Entorno clasificado de paciente hospitalizado:** Niveles de atención de 24 horas compensables por Medicaid que el NYS ha clasificado como paciente hospitalizado, incluidos, entre otros, centros de hospitalización psiquiátrica aguda, RTF psiquiátricas y RRSY de dependencia química.

**Nivel de atención para la derivación al tratamiento con alcohol y drogas (Level of Care for Alcohol and Drug Treatment Referral, LOCADTR):** OASAS desarrolla y actualiza el LOCADTR, según corresponda, y esta es la herramienta clínica de LOC que evalúa la intensidad y la necesidad de servicios para una persona con SUD. Se debe utilizar para tomar todas las decisiones iniciales y continuas de LOC en el NYS. Para obtener más información, visite:

<https://oasas.ny.gov/treatment>.

**Profesional autorizada de las artes curativas (Licensed Practitioner of the Healing Arts, LPHA):** Un profesional individual que tiene licencia para ejercer dentro del alcance de su licencia estatal, lo que incluye: médico, psiquiatra, psicoanalista con licencia, enfermero profesional registrado, enfermero especializado, especialista en enfermería clínica, trabajador social clínico con licencia

98 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY 711  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

(Licensed Clinical Social Worker, LCSW), terapeuta de matrimonio y familia con licencia, asesor de salud mental con licencia, psicólogo con licencia, trabajador social maestro con licencia (Licensed Master Social Worker, LMSW), especialista en enfermería clínica y asistentes médicos. El profesional con licencia es responsable de garantizar que el diagnóstico, la recomendación, el referido, la supervisión y/o la atención proporcionada estén dentro de su ámbito de práctica en virtud de la legislación estatal actual.

**Departamento local de Servicios Sociales (Local Department of Social Services, LDSS):** Cada condado tiene un LDSS que proporciona o administra la gama completa de servicios sociales financiados públicamente y programas de asistencia en efectivo. En NYC, estos departamentos se denominan Administración de Recursos Humanos y Administración de Servicios para Niños.

**Organización de Atención Administrada de Medicaid (Medicaid Managed Care Organization, MMCO):** MCO certificadas por el NYS para administrar servicios de salud y BH para beneficiarios de Medicaid que no son elegibles para Medicare. Las MMCO también incluyen planes de necesidades especiales para el VIH (Special Needs Plan [SNP] para el VIH).

**Niños médicamente frágiles:** La Oficina de Programas de Seguros Médicos (Office of Health Insurance Programs, OHIP) del NYS ha definido históricamente como “médicamente frágiles” a los niños que tienen una afección o afecciones debilitantes crónicas, que pueden o no estar hospitalizados o institucionalizados, y cumplen uno o más de los siguientes criterios: dependen de la tecnología para funciones de mantenimiento de la vida o la salud; requieren una pauta de medicación compleja o intervenciones médicas complejas para mantener o mejorar su estado de salud; o necesitan una evaluación o intervención continua para evitar un deterioro grave de su estado de salud o complicaciones médicas que pongan en riesgo su vida, salud o desarrollo.

Las afecciones debilitantes crónicas incluyen, entre otras: displasia broncopulmonar, parálisis cerebral, cardiopatía congénita, microcefalia, hipertensión pulmonar y distrofia muscular. Todos los planes de salud deben cumplir con los requisitos de MFC para cualquier niño MFC.

**Población con nivel de atención (LOC) médicamente frágil:** Un niño menor de 21 años con una discapacidad física documentada según los protocolos de demostración estatales. Un LPHA que tiene la capacidad de diagnosticar dentro de su ámbito de práctica en virtud de la ley estatal ha determinado por escrito que el niño, en ausencia de HCBS, está en riesgo de institucionalización. El LPHA ha presentado documentación clínica por escrito que respalda la determinación. El niño ha recibido una evaluación presencial y se ha determinado que cumple los criterios de ingreso en un hospital o centro de enfermería. El niño es elegible para recibir servicios de LOC HCBS, incluidos los servicios de CFCO si se cumplen los requisitos de CFCO.

**Necesidad médica:** La ley de New York define “atención, servicios y suministros médicos, dentales y correctivos médicamente necesarios” en el programa Medicaid como aquellos “necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones en la persona que causan sufrimiento agudo,

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

ponen en peligro la vida, provocan enfermedades o dolencias, interfieren en la capacidad de dicha persona de mantener una actividad normal o amenazan con alguna discapacidad significativa y que se le proporcionan a una persona elegible de acuerdo con la ley estatal” (Ley de Serv. Soc. de NY, § 365-a).

**Ley de Paridad y Equidad de las Adicciones en la Salud Mental (MHPAEA):\*** La Ley de Paridad y Equidad de la Salud Mental (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA) de 2008 de Paul Wellstone y Pete Domenici es una ley federal que generalmente impide que los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud que proporcionan beneficios de salud mental o SUD impongan limitaciones de beneficios menos favorables a esos beneficios que a los beneficios médicos/quirúrgicos. En marzo de 2016, el CMS publicó la norma final que aborda la aplicación de ciertos requisitos establecidos en la MHPAEA a la cobertura ofrecida por las MMCO, los Planes de Beneficios Alternativos de Medicaid y los Programas de Seguro de Salud Infantil.

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

\* [https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/mhpaea\\_factsheet.html](https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/mhpaea_factsheet.html)

**Apoyos naturales:** Los apoyos naturales son personas y recursos informales a los que puede acceder un familiar/cuidador, independientemente de los servicios formales. Estos apoyos son una fuente significativa de apoyo emocional culturalmente relevante y amistades solidarias para niños y familias. Los apoyos naturales pueden ser a corto o largo plazo y, por lo general, son sostenibles y están disponibles para el niño y la familia/cuidador después de que los servicios formales hayan finalizado. Los apoyos naturales pueden incluir, entre otros, familiares, amigos, vecinos, miembros del clero y otros conocidos.

**Profesional de la salud conductual no médico con licencia (Non-Physician Licensed Behavioral Health Professional, NP-LBHP):** Los NP-LBHP incluyen a personas con licencia y capaces de ejercer de forma independiente para las que se autoriza el reembolso en virtud de la sección Otros profesionales con licencia del Plan Estatal de Medicaid. El NP-LBHP no médico incluye: Psicoanalistas con licencia, LCSW, terapeutas de matrimonio y familia con licencia y asesores de salud mental con licencia. Los NP-LBHP también incluyen a las siguientes personas con licencia para ejercer bajo la supervisión o dirección de un LCSW, un psicólogo con licencia o un psiquiatra: LMSW. Nota: Los psiquiatras, asistentes médicos con licencia, médicos con licencia, psicólogos y enfermeros profesionales con licencia son profesionales con licencia, pero no se denominan NP-LBHP.

**Oficina de Servicios y Soportes para las Adicciones (Office of Addiction Services and Supports, OASAS):** <https://oasas.ny.gov/>

**Oficina de Servicios Infantiles y Familiares (Office of Children and Family Services, OCFS):** <http://ocfs.ny.gov/main/>

100 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY 711  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

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

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

**Atención centrada en la persona:** Servicios dirigidos por la familia, guiados por el joven y que reflejan los objetivos de un niño y una familia, y enfatizan los enfoques de toma de decisiones compartida que empoderan a las familias, proporcionan opciones y minimizan el estigma. Los servicios deben estar diseñados para tratar de forma óptima enfermedades, mejorar los resultados clínicos y psicosociales, y enfatizar el bienestar y la atención al bienestar general de la familia y a la inclusión completa en la comunidad del niño.

**Plan:** el MMCO.

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

**Atención preventiva:** La atención o los servicios prestados para evitar enfermedades y/o consecuencias. Existen tres niveles de atención preventiva: primario, como las vacunas, dirigido a prevenir enfermedades; secundario, como los programas de detección de enfermedades dirigidos a la detección temprana de enfermedades; y terciario, como la fisioterapia, dirigida a restaurar la función después de que se haya producido la enfermedad. Normalmente, el término “atención preventiva” se utiliza para designar programas de prevención y detección temprana en lugar de programas de tratamiento.

**Contrato de proveedor:** Cualquier contrato escrito entre el Plan y un proveedor de servicios participante para proporcionar atención médica y/o servicios a los inscritos en el plan.

**Orientado a la recuperación:** Los servicios deben prestarse basándose en el principio de que todas las personas tienen la capacidad de recuperarse de enfermedades mentales y/o SUD. Específicamente, los servicios respaldan la adquisición de habilidades sociales, vocacionales y para la vida y se ofrecen en entornos domésticos y comunitarios que promueven la esperanza y animan a cada persona a establecer un camino individual hacia la recuperación.

**Consortio regional de planificación (Regional Planning Consortium, RPC):** Un Consorcio Regional de Planificación de la Salud Conductual, que está compuesto por la(s) Unidad(es) Gubernamentales Locales en cada región, representantes de proveedores de servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, sistema de bienestar infantil, pares, familias, hogares de salud y MCO. El RPC trabaja estrechamente con las agencias estatales para guiar la política en lo que respecta a la atención administrada de Medicaid en la región, resolver problemas de prestación de servicios regionales y recomendar temas de capacitación de proveedores.

**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY 711 101  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

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

**Trastornos emocionales graves (Serious Emotional Disturbance, SED):** Diagnóstico de enfermedad mental designado según la edición más reciente del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM) para un niño o adolescente que ha experimentado limitaciones funcionales debido a trastornos emocionales durante los últimos 12 meses de forma continua o intermitente. Las limitaciones funcionales deben ser moderadas en al menos dos de las siguientes áreas o graves en al menos una de las siguientes áreas:

- A. Capacidad de cuidar de sí mismo (p. ej., higiene personal; obtener y comer alimentos; vestirse; evitar lesiones); o
- B. Vida familiar (p. ej., capacidad de vivir en un entorno familiar o similar a la familia; relaciones con padres o padres sustitutos, hermanos y otros familiares; comportamiento en un entorno familiar); o
- C. Relaciones sociales (p. ej., establecer y mantener amistades; interacciones interpersonales con compañeros, vecinos y otros adultos; habilidades sociales; cumplimiento de normas sociales; juego y uso adecuado del tiempo libre); o
- D. Autodirección/autocontrol (p. ej., capacidad de mantener una atención centrada durante un periodo de tiempo suficiente para permitir la realización de tareas adecuadas para la edad; autocontrol conductual; sistemas de juicio y valor adecuados; capacidad de toma de decisiones); o
- E. Capacidad de aprender (p. ej., logros y asistencia escolares; lenguaje receptivo y expresivo; relaciones con los profesores; comportamiento en la escuela).

Para ser elegible para Health Home debido a un SED, el SED es una afección crónica que califica por sí sola para Health Home y se define como un niño o adolescente (menor de 21 años) que tiene un diagnóstico de enfermedad mental designado en las siguientes categorías del DSM15 según se define en la versión más reciente del DSM de trastornos mentales Y ha experimentado las siguientes limitaciones funcionales debido a trastornos emocionales durante los últimos 12 meses (desde la fecha de evaluación) de forma continua o intermitente.

Categorías de salud mental del DSM que califican:

- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos bipolares y relacionados
- Trastornos depresivos
- Trastornos de la ansiedad
- Trastornos obsesivos-compulsivos y relacionados
- Trastornos relacionados con el trauma y el estrés

102 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY 711  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

- Trastornos disociativos
- Síntomas somáticos y trastornos relacionados
- Trastornos de la alimentación y la comida
- Disforia de género
- Trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta
- Trastornos de la personalidad
- Trastornos parafílicos

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

- Capacidad de cuidar de sí mismo (p. ej., higiene personal; obtener y comer alimentos; vestirse; evitar lesiones); o
- Vida familiar (p. ej., capacidad de vivir en un entorno familiar o similar a la familia; relaciones con padres o padres sustitutos, hermanos y otros familiares; comportamiento en un entorno familiar); o
- Relaciones sociales (p. ej., establecer y mantener amistades; interacciones interpersonales con compañeros, vecinos y otros adultos; habilidades sociales; cumplimiento de normas sociales; juego y uso adecuado del tiempo libre); o
- Autodirección/autocontrol (p. ej., capacidad de mantener una atención centrada durante un periodo de tiempo suficiente para permitir la realización de tareas adecuadas para la edad; autocontrol conductual; sistemas de juicio y valor adecuados; capacidad de toma de decisiones); o
- Capacidad de aprender (p. ej., logros y asistencia escolares; lenguaje receptivo y expresivo; relaciones con los profesores; comportamiento en la escuela).

[https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/program/medicaid\\_health\\_homes/docs/4\\_29\\_2015\\_children\\_webinar.pdf](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/medicaid_health_homes/docs/4_29_2015_children_webinar.pdf) (páginas 16 y 17)

**Acuerdo de caso único (Single Case Agreement, SCA):** Un acuerdo entre un proveedor no contratado y la MMCO con el que se reembolsa al proveedor la atención del caso de un menor específico.

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

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

**Trastorno por Consumo de Sustancias (Substance Use Disorder, SUD):** Un diagnóstico de SUD es un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de una sustancia. El diagnóstico de EOS se basa en criterios definidos en el DSM y puede aplicarse a las diez clases de fármacos, incluidos: alcohol, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opioides, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas).

**Domicilio de familia docente:** Un hogar que proporciona a padres docentes especialmente capacitados que brindan atención individualizada para un máximo de cuatro niños/adolescentes con SED a la vez en un entorno familiar.

**Jóvenes en edad de transición (Transition Age Youth, TAY):** Personas menores de 23 años que realizan la transición al sistema para adultos desde cualquier programa infantil con licencia, certificado o financiado por OMH, OASAS u OCFS. Esto también incluye a las personas menores de 23 años que pasan de las escuelas de educación estatal 853 (que son operadas por agencias privadas y proporcionan programas diurnos y/o residenciales para estudiantes con discapacidades).

**Trauma:** Afecta el sentido de seguridad del niño, la capacidad de regular las emociones y la capacidad de relacionarse bien con los demás. El trauma se define como la exposición a un único acontecimiento gravemente angustiante o a acontecimientos traumáticos múltiples, crónicos o prolongados cuando se trata de un niño o adolescente que a menudo es de naturaleza invasiva e interpersonal.

**Informado(s) por el trauma:** Los servicios informados por el trauma se basan en la comprensión de las vulnerabilidades o desencadenantes experimentados por los sobrevivientes de traumas que pueden exacerbarse con los enfoques tradicionales de prestación de servicios, de modo que estos servicios y programas puedan modificarse para ser más comprensivos y evitar la retraumatización. Todos los programas deben interactuar con todas las personas bajo la suposición de que se ha producido un trauma en sus vidas (SAMHSA, 2014).

**Plan de tratamiento:** Un plan de tratamiento describe la afección del niño y los servicios que se necesitarán para ese episodio de atención, detallando las prácticas que se deben proporcionar, el resultado esperado y la duración esperada del tratamiento para cada proveedor. El plan de tratamiento debe ser culturalmente relevante, estar informado por el trauma y centrarse en la persona.

**Agencia Voluntaria de Cuidado de Acogida (Voluntary Foster Care Agency, VFCA):** Agencia de cuidado de acogida responsable de la custodia y cuidado temporal de niños/jóvenes que reciben cuidado de acogida por orden de un tribunal (involuntario) o porque sus padres están dispuestos a que se los cuide temporalmente fuera de casa (voluntario). A diciembre de 2016, había 93 VFCA operando en el NYS.

## Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

Por ley, nosotros<sup>1</sup> debemos proteger la privacidad de su información de salud (health information, "HI"). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

La información médica es información sobre su salud o servicios de atención 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](http://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 de salud con los siguientes:**

- 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.

**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY 711 105  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

- **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.
- **Para los Patrocinadores del Plan.** Podemos proporcionar información acerca de inscripciones, cancelaciones de la inscripción 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 sea requerido por ley.**
- **A las personas que participan en su atención.** Puede ser un miembro de la familia 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.

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una emergencia o un desastre natural.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para indemnización de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar enfermedades o incapacidades.
- **Para proporcionar información acerca de defunciones.** Puede ser para el médico forense o el inspector médico. Para identificar a un difunto, determinar la causa de 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.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información de salud que se enumera a continuación. Cumpliremos leyes más estrictas que se apliquen.
  1. Consumo de alcohol y sustancias.
  2. Información biométrica
  3. Abuso o abandono de niños o adultos, incluido el abuso sexual
  4. Enfermedades contagiosas
  5. Información genética
  6. VIH/sida
  7. Salud mental
  8. Información de menores
  9. Medicamentos recetados
  10. Salud reproductiva
  11. Enfermedades de transmisión sexual

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

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

### Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información para operaciones de tratamiento, pago o atención 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 de salud compartida por los siguientes motivos: (i) para tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

- **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](http://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. Si no podemos hacerlo, puede escribirnos e indicar por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

### Cómo usar sus derechos

- **Para comunicarse con su plan de salud. 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. (U.S. Department of Health and Human Services).** No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una queja.

<sup>1</sup> Este Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Información Médica se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, 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>.

**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711** 109  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

# 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

Nosotros <sup>2</sup> protegemos su “información financiera personal” (personal financial information, “FI”). La información financiera personal es información no médica. Lo 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 comercialización.

### Confidencialidad y seguridad

Limitamos el acceso a su información financiera personal a empleados y Proveedores de servicios, y mantenemos salvaguardas para protegerla.

## Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

---

### Preguntas sobre este aviso

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

<sup>2</sup> Para los propósitos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie de la página 1, desde la última página de Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: 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>.

**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711** 111  
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

**Índice**



