



Florida



Le damos la bienvenida a la comunidad

UnitedHealthcare Community Plan
Manual para miembros de Medicaid

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Ayuda de idioma

If you do not speak English, call us at MMA Member Services at **1-888-716-8787**, TTY **711**; and LTC Member Services at **1-800-791-9233**, TTY **711**. We have access to interpreter services and can help answer your questions in your language. We can also help you find a health care provider who can talk with you in your language.

Español:

Si usted no habla inglés, llámenos a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711**; y Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**. Ofrecemos servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder preguntas en su idioma. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud que pueda comunicarse con usted en su idioma.

Francés:

Si vous ne parlez pas anglais, appelez-nous au MMA Member Services at **1-888-716-8787**, TTY **711**; and LTC Member Services at **1-800-791-9233**, TTY **711**. Nous avons accès à des services d'interprétariat pour vous aider à répondre aux questions dans votre langue. Nous pouvons également vous aider à trouver un prestataire de soins de santé qui peut communiquer avec vous dans votre langue.

Creole haitiano:

Si ou pa pale lang Anglè, rele nou nan MMA Member Services at **1-888-716-8787**, TTY **711**; and LTC Member Services at **1-800-791-9233**, TTY **711**. Nou ka jwenn sèvis entèprèt pou ou, epitou nou kapab ede reponn kesyon ou yo nan lang ou pale a. Nou kapab ede ou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki kapab kominike avèk ou nan lang ou pale a."

Italiano:

Se non parli inglese chiamaci al MMA Member Services at **1-888-716-8787**, TTY **711**; and LTC Member Services at **1-800-791-9233**, TTY **711**. Disponiamo di servizi di interpretariato e siamo in grado di rispondere alle tue domande nella tua lingua. Possiamo anche aiutarti a trovare un fornitore di servizi sanitari che parli la tua lingua.

Ruso:

Если вы не разговариваете по-английски, позвоните нам по номеру MMA Member Services at **1-888-716-8787**, TTY **711**; and LTC Member Services at **1-800-791-9233**, TTY **711**. У нас есть возможность воспользоваться услугами переводчика, и мы поможем вам получить ответы на вопросы на вашем родном языке. Кроме того, мы можем оказать вам помощь в поиске поставщика медицинских услуг, который может общаться с вами на вашем родном языке.

Vietnamita:

Nếu bạn không nói được tiếng Anh, hãy gọi cho chúng tôi theo số MMA Member Services at **1-888-716-8787**, TTY **711**; and LTC Member Services at **1-800-791-9233**, TTY **711**. Chúng tôi có quyền truy cập vào các dịch vụ thông dịch viên và có thể giúp trả lời các câu hỏi của bạn bằng ngôn ngữ của bạn. Chúng tôi cũng có thể giúp bạn tìm một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể nói chuyện với bạn bằng ngôn ngữ của bạn.

Información de contacto importante

Línea de Ayuda de Servicio al Cliente: disponible las 24 horas

Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada **1-888-716-8787**

Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo **1-800-791-9233**

Línea TTY de Ayuda de Servicio al Cliente: disponible las 24 horas. **TTY 711**

Sitio web **myuhc.com/CommunityPlan**

Dirección **7901 SW 6th Street, Suite 400
Plantation, FL 33324**

Servicios de transporte: que no sean de emergencia

MTM Health Asistencia Médica Administrada o Atención a Largo Plazo . . . **1-888-777-6528**

Consulte la página 114 para obtener información sobre la aplicación.

Servicios oftalmológicos **1-888-716-8787**

Servicios odontológicos

Comuníquese directamente con su administrador de casos o llame al . . . **1-888-716-8787**
para obtener ayuda con la coordinación de estos servicios.

Tenga en cuenta que este plan no proporciona beneficios dentales.

Para informar casos sospechosos de abuso, negligencia, abandono

o explotación de niños o adultos vulnerables **1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873)**

TTY 711 o 1-800-955-8771

<https://www.myflfamilies.com/services/abuse/abuse-hotline/how-report-abuse>

Para verificar la elegibilidad para Medicaid **1-866-762-2237**

TTY 711 o 1-800-955-8771

<https://www.myflfamilies.com/medicaid#ME>

Para informar sobre fraude o abuso de Medicaid **1-888-419-3456**

<https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/>

4 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Para presentar una queja sobre un centro de atención de la salud **1-888-419-3456**
http://ahca.myflorida.com/MCHQ/Field_Ops/CAU.shtml

Para solicitar una audiencia imparcial de Medicaid **1-877-254-1055**
1-239-338-2642 (fax)
MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

Para presentar una queja sobre los servicios de Medicaid **1-877-254-1055**
TDD 1-866-467-4970
<http://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints/>

Para encontrar información para personas de edad avanzada **1-800-96-ELDER**
(1-800-963-5337)
<https://elderaffairs.org/programs-services/>

Para obtener información sobre violencia doméstica . . . **1-800-799-SAFE, 1-800-799-7233**
TTY 1-800-787-3224
<http://www.thehotline.org/>

Para encontrar información sobre establecimientos de salud
en Florida <https://quality.healthfinder.fl.gov/>

Para encontrar información sobre cuidado de urgencia
MMA **1-888-716-8787, TTY 711**
LTC **1-800-791-9233, TTY 711**

Para una emergencia **9-1-1**
O diríjase a la sala de emergencias más cercana

Índice

Bienvenido al Plan estatal de atención médica administrada de Medicaid de UnitedHealthcare.	9
Sección 1: Su tarjeta de identificación del plan	10
Sección 2: Su privacidad	12
Avisos del plan de salud sobre prácticas de privacidad.	12
Sección 3: Cómo obtener ayuda de nuestro Servicio al Cliente	19
Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?	20
Si no habla inglés.	20
Para personas con discapacidades	20
Sección 5: Cuando su información cambia	21
Sección 6: Cambios en su plan de salud	22
Sección 7: Su elegibilidad para Medicaid	23
Sección 8: Inscripción en nuestro plan	25
Período de inscripción abierta	25
Inscripción en el programa de Atención a Largo Plazo del Programa SMMC.	26
Sección 9: Cómo abandonar nuestro plan (cancelación de la inscripción)	29
Sección 10: Administrar su cuidado	31
Cómo cambiar de administrador de casos	31
Cosas importantes que debe decirle a su administrador de casos	32

Sección 11: Cómo acceder a los servicios	34
Proveedores de nuestro plan	34
Proveedores que no están en nuestro plan	35
Servicios para niños ⁴	36
Sección 12: Información útil sobre sus beneficios	38
Elegir a un médico de cabecera (PCP)	38
Atención de especialistas y referidos	39
Segundas opiniones	39
Cuidado de urgencia	40
Doctor Chat® de UHC	40
Atención hospitalaria	40
Cuidado de emergencia	41
Cómo surtir recetas	41
Servicios de salud conductual	43
Programas de recompensas para miembros	44
Programas de manejo de enfermedades crónicas	45
Asuntos relativos al fin de la vida, incluida información sobre Directrices Anticipadas. . .	45
Programas de mejora de la calidad	48
Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada	49
Los beneficios de su plan: Caminos hacia la prosperidad.	73
Sección 14: Información útil del programa de Atención a Largo Plazo (LTC)	74
Sección 15: Beneficios de su plan: servicios de Atención a Largo Plazo	77
Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados	83

Sección 17: Satisfacción del miembro	<u>107</u>
Quejas, quejas formales y apelaciones del plan	<u>107</u>
Sección 18: Sus derechos como miembro	<u>112</u>
Sección 19: Sus responsabilidades como miembro	<u>114</u>
Sección 20: Otra información importante	<u>115</u>
Sección 21: Recursos adicionales	<u>118</u>
Cómo programar traslados médicos que no sean de emergencia con la aplicación MTM Link.	<u>120</u>
Sección 22: Formularios	<u>121</u>
Testamento en vida	<u>121</u>
Formulario de Representante Autorizado	<u>123</u>

Bienvenido al Plan estatal de atención médica administrada de Medicaid de UnitedHealthcare

UnitedHealthcare tiene un contrato con la Agencia de Administración de Atención Médica de Florida (Agencia) para proporcionar servicios de atención de la salud a personas con Medicaid. Esto se denomina **Programa Estatal de Atención Administrada de Medicaid (Statewide Medicaid Managed Care, SMMC)**. Usted está inscrito en nuestro plan SMMC. Esto significa que le ofreceremos servicios de Medicaid. Trabajamos con un grupo de proveedores de atención médica para ayudarle a satisfacer sus necesidades.

Hay muchos tipos de servicios de Medicaid que puede recibir en el Programa Estatal de Atención Administrada de Medicaid. Puede recibir servicios médicos, como visitas al médico, análisis de laboratorio y cuidado de emergencia, de un plan de **Asistencia Médica Administrada (Managed Medical Assistance, MMA)**. Si usted es una persona de edad avanzada o un adulto con discapacidades, puede recibir servicios en un centro de enfermería y servicios basados en el hogar y la comunidad en un plan de **Atención a Largo Plazo (Long-Term Care, LTC)**. Si tiene una determinada afección médica, como sida, puede recibir cuidado diseñado para satisfacer sus necesidades en un plan **Especializado**.

Si su hijo está inscrito en el programa Florida KidCare **MediKids**, la mayor parte de la información de este manual aplica a su caso. Le informaremos si algo no se aplica.

Si participa en el Programa piloto para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (Intellectual or Developmental Disabilities, IDD), la mayor parte de la información de este manual aplica a su caso. Le informaremos si algo no se le aplica o si hay información que se aplica a los miembros de IDD.

Este manual será su guía para todos los servicios de atención de la salud disponibles para usted. Puede hacernos las preguntas que desee u obtener ayuda para programar citas. Si necesita hablar con nosotros, simplemente llámenos a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787, TTY 711**; y Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233, TTY 711**.


Sección 1: Su tarjeta de identificación del plan

Debe haber recibido su tarjeta de identificación por correo postal. Llámenos si no ha recibido su tarjeta o si la información de su tarjeta es incorrecta. Cada miembro de su familia en nuestro plan debe tener su propia tarjeta de identificación.

Lleve siempre su tarjeta de identificación y muéstrela cada vez que acuda a una cita de atención de la salud o al hospital. Nunca entregue su tarjeta de identificación para que la use otra persona. Si pierde o le roban su tarjeta, llámenos para que podamos darle una nueva.

Su tarjeta de identificación se verá de la siguiente manera:

Asistencia Médica Administrada (MMA) – Su tarjeta de identificación se verá de la siguiente manera:


 Health Plan (80840) 911-87726-04	
Member ID: 9999999921	Group Number: FLMMA
Member: NEW A ENGLISH	Payer ID: 87726
PCP Name: DOUGLAS GETWELL PCP Phone: (717)851-2521	Optum Rx* Rx Bin: 610494 Rx Grp: ACUFL Rx PCN: 4300
Copay: OFFICE/SPEC/ER/UrgCare \$0/\$0/\$0	Effective Date 06/01/2017
PCP referral required for specific specialty services Underwritten by UnitedHealthcare of Florida, Inc. MMA DOI-0501	

In an emergency go to nearest emergency room or call 911. Printed: 09/26/25	
This card does not guarantee coverage. For coordination of care call your PCP. To verify benefits or to find a provider, visit the website www.uhccommunityplan.com or call.	
For Members: 888-716-8787	TTY 711
AHCA: 888-419-3456	
Behavioral Health: 888-716-8787	
NurseLine: 877-552-8105	
For Providers: UHCprovider.com	877-842-3210
Medical Claims: PO Box 31365, Salt Lake City, UT 84131-0365	
Health Plan: 7901 SW 6th Street, Suite 400 Plantation, FL 33324	
Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334	
For Pharmacists: 844-567-6857	Rx Prior Auth: 800-310-6826

10 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.


Sección 1: Su tarjeta de identificación del plan

Plan de Atención a Largo Plazo (LTC) – Su tarjeta de identificación se verá de la siguiente manera:

	
Health Plan (80840) 911-87726-04	
Member ID: 999999910711	Group Number: FLLTC
Member: NEW ENGLISH	Payer ID: 87726
Effective Date 06/01/2017	
<small>Health and Home Connection Underwritten by UnitedHealthcare of Florida, Inc.</small>	
DOI -0501	

<small>In an emergency go to nearest emergency room or call 911. Printed: 09/26/25</small>	
<small>This card does not guarantee coverage. For coordination of care, call your case manager. To verify benefits or to find a provider, visit the website www.uhccommunityplan.com or call.</small>	
For Members:	800-791-9233 TTY 711
AHCA:	888-419-3456
Behavioral Health:	800-791-9233
NurseLine:	877-552-8105
For Providers:	UHCprovider.com 877-842-3210
Medical Claims:	PO Box 31365, Salt Lake City, UT 84131-0365
Health Plan:	7901 SW 6th Street, Suite 400 Plantation, FL 33324

MMA + LTC integral (Asistencia Médica Administrada + Atención a Largo Plazo) Su tarjeta de identificación se verá de la siguiente manera:

	
Health Plan (80840) 911-87726-04	
Member ID: 9999999913	Group Number: FLMMA
Member: NEW R ENGLISH	Payer ID: 87726
PCP Name: DOUGLAS GETWELL PCP Phone: (610)863-5378	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Optum Rx* <small>Rx Bin: 610494 Rx Grp: ACUFL Rx PCN: 4300</small> </div>
Effective Date 06/01/2017	
Copay: OFFICE/SPEC/ER/UrgCare \$0/\$0/\$0/\$0	
<small>PCP referral required for specific specialty services Comprehensive MMA & LTC Underwritten by UnitedHealthcare of Florida, Inc.</small>	
DOI -0501	

<small>In an emergency go to nearest emergency room or call 911. Printed: 09/26/25</small>	
<small>This card does not guarantee coverage. For coordination of care call your PCP. To verify benefits or to find a provider, visit the website www.uhccommunityplan.com or call.</small>	
For Members:	888-716-8787 TTY 711
AHCA:	888-419-3456
Behavioral Health:	888-716-8787
NurseLine:	877-552-8105
For Providers:	UHCprovider.com 877-842-3210
Medical Claims:	PO Box 31365, Salt Lake City, UT 84131-0365
Health Plan:	7901 SW 6th Street, Suite 400 Plantation, FL 33324
Pharmacy Claims:	OptumRX, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334
For Pharmacists:	844-567-6857 Rx Prior Auth: 800-310-6826

Si tiene ambos, aproveche su cobertura de Asistencia Médica Administrada y Atención a Largo Plazo revisando cada beneficio.

¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al 1-888-716-8787, TTY 711 o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al 1-800-791-9233, TTY 711.

Sección 2:

Su privacidad

Su privacidad es importante para nosotros. Usted tiene derechos en lo que respecta a la protección de su información de salud, como su nombre, número de identificación del Plan, raza, origen étnico y otras cuestiones que le identifiquen. No compartiremos ninguna información médica sobre usted que no esté permitida por la ley.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con los Servicios para Miembros. Nuestras políticas y protecciones de privacidad son las siguientes:

Avisos del plan de salud sobre prácticas de privacidad

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2025

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

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir su información de salud con otros.
- Qué derechos tiene con respecto su información de salud.

Por ley, debemos respetar los términos de nuestro aviso actual.

La información de salud son los datos sobre su salud o servicios médicos. Tenemos derecho a hacer cambios en este aviso de prácticas de privacidad. Si hacemos cambios importantes, se lo notificaremos por correo postal o electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Cualquier cambio en el aviso se aplicará a toda la información de salud que tengamos. Le notificaremos si ocurre una filtración de su información de salud. Recopilamos y conservamos su HI para poder realizar nuestras operaciones comerciales. La información de salud puede ser verbal, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a su HI a empleados y Proveedores de servicios. Mantenemos salvaguardias para proteger su información de salud.

12 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con las siguientes personas o entidades:

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

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud con ciertos fines.

Esto pueden ser para su tratamiento, el pago de su cuidado y realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos usar o compartir su información de salud como se indica a continuación:

- **Para pagos.** Para procesar pagos y pagar reclamos. Por ejemplo, podemos decirle a un médico si pagaremos algunos procedimientos médicos y qué porcentaje de la factura puede estar cubierto.
- **Para tratamiento o manejo del cuidado.** Para ayudarle con su cuidado. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con un hospital en el que se encuentre, para ayudar a proporcionarle cuidado médico.
- **Para tareas administrativas de cuidado de la salud.** Para realizar nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para informarle sobre un programa especial de bienestar o manejo de enfermedades disponible para usted. Podemos estudiar los datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para informarle sobre programas o productos relacionados con la salud.** Podemos informarle sobre otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Si recibe un seguro de salud a través de su empleador, podemos darle la información médica de la inscripción, la cancelación de la inscripción y el resumen a su empleador. Podemos proporcionar otra información de salud si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para propósitos de suscripción.** Para tomar decisiones sobre la suscripción de seguros de salud. No usaremos su información genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o cuidado.** Podemos enviarle recordatorios de citas e información sobre sus beneficios de salud.
- **Para comunicaciones con usted.** Podemos comunicarnos con usted por sus beneficios de seguro de salud, cuidado de la salud o pagos.

Sección 2: Su privacidad

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente forma.

- **Según lo requiera la ley.** Seguir las leyes que nos correspondan.
- **A las personas que participan en su cuidado.** Un familiar u otra persona que le ayude con su cuidado médico o que pague su cuidado. También puede ser un familiar en una emergencia. Esto puede suceder si no puede decirnos si podemos compartir su información de salud o no. Si no puede informarnos lo que desea, aplicaremos nuestro mejor criterio. Si se permite, después de su muerte podemos compartir información de salud con familiares o amigos que ayudaron con su cuidado o lo pagaron.
- **Para actividades de salud pública.** Por ejemplo, para evitar la propagación de enfermedades o informar problemas con productos o medicamentos.
- **Para denunciar abuso, abandono o violencia doméstica.** Podemos compartir la información solo con determinadas entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información de salud. Podría tratarse de una agencia de servicios sociales o de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** con una agencia autorizada por ley a recibir información de salud. Esto podría ser en el caso de investigaciones sobre licencias, auditorías, fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos,** por ejemplo, para responder a una orden o citación judicial.
- **Para hacer cumplir la ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Por amenazas contra la salud o la seguridad.** A agencias de salud pública o a responsables de hacer cumplir la ley, por ejemplo, en una emergencia o una desastre natural.
- **Para las funciones del gobierno.** Para uso militar y de veteranos, seguridad nacional o determinados servicios de protección.
- **Para indemnización de trabajadores.** Si sufrió una herida en el trabajo o para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Por ejemplo, para estudiar una enfermedad o afección médica. También podemos utilizar la información de salud para ayudar a preparar un estudio de investigación.
- **Para proporcionar información acerca de defunciones.** Por ejemplo, a un forense o examinador médico que pueda ayudar a identificar a la persona que murió, por qué murió o para cumplir con determinadas leyes. También podemos proporcionar información de salud a directores de funerarias.
- **Para el trasplante de órganos.** Por ejemplo, para ayudar en la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o del orden público.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionarles cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para nuestros socios comerciales.** Para brindarle servicios, en caso de que sea necesario. Estas son compañías que nos prestan servicios a nosotros. Aceptan proteger su información de salud.

- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información de salud que se enumera a continuación. Cumpliremos las leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Trastorno por consumo de alcohol y sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso, maltrato o negligencia de menores o adultos, incluido el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Medicamentos con receta
 10. Salud reproductiva o sexual
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos o compartiremos su información de salud según se describe en este aviso o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir notas de psicoterapia sobre usted, excepto en algunos casos permitidos por la ley. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información de salud a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su información de salud en determinadas listas de correo de comercialización. Si nos da su consentimiento, puede retirarlo. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al número de teléfono que figura en la tarjeta de identificación de su seguro de salud.

Sus derechos

Tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica.

- **Pedirnos que limitemos** nuestro uso o divulgación para tratamientos, pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas que ayudan con su cuidado o lo paguen. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Intentaremos conceder su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.** Su solicitud para limitar nuestro uso o nuestra divulgación se debe hacer por escrito.
- **Solicitar el envío de comunicaciones confidenciales** de una manera o en un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla de correo (P.O. Box), en lugar de a su domicilio. Aceptaremos su solicitud según lo permitan las leyes estatales y federales. Admitimos solicitudes verbales, pero podemos pedirle que confirme su solicitud por escrito. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerlo por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se indica a continuación.

¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al 15
1-888-716-8787, TTY 711 o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al
1-800-791-9233, TTY 711.

Sección 2: Su privacidad

- **Consultar u obtener una copia de cierta información de salud.** Deberá presentar la solicitud por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se indica a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar que se revise la denegación.
- **Solicitar una modificación.** Si cree que su información de salud es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se modifique. Deberá presentar la solicitud por escrito. Deberá especificar los motivos por los que solicita el cambio. Responderemos su solicitud en el momento en que debamos hacerlo en virtud de la ley. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que se muestra a continuación. Si denegamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información de salud.
- **Recibir un informe** de cuándo compartimos su información de salud en los seis años previos a su solicitud. Esto no incluirá las ocasiones en que compartimos la información de salud por los siguientes motivos: (i) para tratamientos, pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o del orden público. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web.
- **En algunos estados, puede tener derecho a solicitar que eliminemos su información de salud.** Según dónde viva, también puede solicitarnos que eliminemos su información de salud. Responderemos su solicitud en el momento en que debamos hacerlo en virtud de la ley. Si no podemos hacerlo, se lo informaremos. Si no podemos hacerlo, puede escribirnos e indicar por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo usar sus derechos

- **Para comunicarse con su plan de salud.** Si tiene preguntas sobre este aviso o desea ejercer sus derechos, **llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación.** También puede comunicarse con el Centro de Atención de Llamadas de UnitedHealth Group al 1-866-633-2446 o TTY/RTT 711.
- **Cómo presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo postal a:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300, P.O. Box 1459, Minneapolis MN 55440
- **Para presentar una queja o una queja formal.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una queja o queja formal a la dirección mencionada anteriormente.

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

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

16 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Aviso de Privacidad de la Información Financiera

ESTE AVISO INDICA CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1 de enero de 2025

Nosotros² protegemos su “información financiera personal” (financial information, “FI”). La información financiera personal es información no médica. La información financiera personal le identifica a usted y generalmente no es pública.

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. Podría ser información sobre el pago de primas.

Divulgación de información financiera

Solo compartiremos la información financiera personal según lo permita la ley.

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

- Podemos compartir su información financiera personal para procesar transacciones.
- Podemos compartir su información financiera personal para mantener sus cuentas.
- Podemos compartir su información financiera personal para responder a una orden judicial o investigaciones legales.
- Podemos compartir su información financiera personal 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. Mantenemos salvaguardas para proteger su información financiera personal.

Sección 2: Su privacidad

Preguntas sobre este aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que figura en su tarjeta de ID del plan de salud o comuníquese con el Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al 1-866-633-2446 o TTY/RTT 711.

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

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia en otros idiomas y formatos alternativos:
<https://www.uhc.com/communityplan/non-discrimination-notice>

18 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 3:

Cómo obtener ayuda de nuestro Servicio al Cliente

Nuestro Departamento de Servicio al Cliente puede responder todas sus preguntas. Podemos ayudarle a elegir o cambiar su médico de cabecera (Primary Care Provider, PCP), averiguar si un servicio está cubierto, obtener referidos, encontrar un proveedor, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, informar el nacimiento de un bebé y explicar cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios o los de su familia.

Comunicarse con Servicio al Cliente

Puede llamarnos a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.; y a Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., pero tenga en cuenta que no estamos disponibles los días feriados aprobados por el Estado (como Navidad y Día de Acción de Gracias). Cuando llame, asegúrese de tener con usted su tarjeta de identificación (ID) para que podamos ayudarle. (Si pierde su tarjeta de identificación o si se la roban, llame a Servicio al Cliente.)

Cómo comunicarse con Servicio al Cliente fuera del horario de atención

Si llama cuando estamos cerrados, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. Si tiene una pregunta urgente, puede llamar a nuestra línea de enfermería al 1-877-552-8105, TTY 711. Nuestro personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para ayudarle.

Sección 4:

¿Necesita ayuda para comunicarse?

Si no habla inglés

Podemos ayudarle. Tenemos personas que nos ayudan a hablar con usted en su idioma. Proporcionamos esta ayuda de forma gratuita.

LLame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711**

o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**

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 proveedor tiene acceso para sillas de ruedas o está equipado con dispositivos de comunicación. Además, tenemos servicios como:

- Servicio de transmisión de telecomunicaciones. Esto ayuda a las personas que tienen dificultades para oír o hablar a hacer llamadas telefónicas. Llame al **711** y proporciónenos nuestro número de teléfono de Servicio al Cliente. El de Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada es el **1-888-716-8787**, TTY **711** y el de Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo es el **1-800-791-9233**, TTY **711**. Lo comunicarán con nosotros.
- Información y materiales en letra grande, audio (sonido) y braille
- Ayuda para concertar o llegar a las citas
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad

Todos estos servicios se le proporcionan de forma gratuita.

Sección 5:

Cuando su información cambia

Si cambia su información personal, avísenos lo antes posible. También puede comunicarse con Servicio al Cliente. Necesitamos poder comunicarnos con usted para informarle sobre sus necesidades de atención de la salud.

El Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families, DCF) también necesita saber cuando cambia su nombre, dirección, condado o número de teléfono. Llame al número gratuito del Departamento de Niños y Familias al 1-866-762-2237 (TTY 1-800-955-8771), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. También puede ingresar en línea y realizar los cambios en su cuenta de Conexión Comunitaria Automatizada a la Autosuficiencia Económica (Automated Community Connection to Economic Self Sufficiency, ACCESS) en <https://myaccess.myflfamilies.com/>.

Si recibe Ingresos de Seguridad Complementaria (Supplemental Security Income, SSI), también debe comunicarse con la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) para informar cambios. Comuníquese con la Administración del Seguro Social al número gratuito 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778), de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. También puede hablar con su oficina local del Seguro Social o ingresar en línea y realizar los cambios en su cuenta del Seguro Social en <https://secure.ssa.gov/RIL/SiView.do>.

Sección 6:

Cambios en su plan de salud

Si hay un cambio significativo en su plan de salud que le afecta como miembro, es responsabilidad del plan informarle a usted (el miembro) al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia prevista del cambio.

Sección 7:

Su elegibilidad para Medicaid

Debe estar cubierto por Medicaid e inscrito en nuestro plan para que UnitedHealthcare Community Plan pague sus servicios de atención de la salud y citas de atención de la salud. Esto se denomina tener **elegibilidad para Medicaid**. Si recibe Ingresos de Seguridad Complementaria, califica para Medicaid. Si no recibe Ingresos de Seguridad Complementaria, debe solicitar Medicaid ante el Departamento de Niños y Familias.

A veces, las cosas en su vida pueden cambiar, y estos cambios pueden afectar su elegibilidad para seguir teniendo Medicaid. Es muy importante asegurarse de tener Medicaid antes de acudir a cualquier cita. Solo porque tenga una tarjeta de identificación del plan no significa que aún tenga Medicaid. ¡No se preocupe! Si cree que su cobertura de Medicaid ha cambiado o si tiene alguna pregunta sobre su cobertura, llame a Servicio al Cliente. Podemos ayudarle a verificar su cobertura.

Si pierde elegibilidad para Medicaid

Si pierde su cobertura de Medicaid y la recupera en un plazo de 180 días, se le inscribirá nuevamente en nuestro plan.

Si usted tiene Medicare

Si usted tiene Medicare, continúe usando su tarjeta de identificación de Medicare cuando necesite servicios médicos (como ir al médico o al hospital), pero también muéstrela al proveedor su tarjeta de identificación del plan de Medicaid.

Sección 7: Su elegibilidad para Medicaid

Si está esperando un bebé

Si tiene un bebé, este estará cubierto por nosotros en la fecha de nacimiento. Llame a Servicio al Cliente para avisarnos que su bebé ha nacido y le ayudaremos a asegurarse de que su bebé esté cubierto y tenga Medicaid de inmediato.

Es útil que nos informe que está embarazada **antes** de que nazca el bebé para asegurarse de que su bebé tenga Medicaid. Llame sin cargo al Departamento de Niños y Familias al 1-866-762-2237 mientras esté embarazada. Si necesita ayuda para hablar con el Departamento de Niños y Familias, llámenos. El Departamento de Niños y Familias se asegurará de que el bebé tenga Medicaid desde el día en que nace. Le darán un número de Medicaid para su bebé. Infórmenos el número de Medicaid del bebé cuando lo reciba.

Sección 8:

Inscripción en nuestro plan

Inscripción inicial

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, tiene 120 días para probar nuestro plan. Si no le gusta por cualquier motivo, puede inscribirse en otro plan SMMC en la misma región. Una vez que esos 120 días hayan terminado, usted quedará inscrito en nuestro plan durante el resto del año. Esto se denomina estar **asegurado** en un plan. Cada año que tenga Medicaid y esté en el Programa SMMC, tendrá un período de inscripción abierta.

Período de inscripción abierta

Cada año, tendrá 60 días en los que podrá cambiar su plan si lo desea. Esto se denomina su **período de inscripción abierta**. Su período de inscripción abierta se basa en el lugar de Florida donde vive. El Agente de Inscripción del Estado le enviará una carta para informarle cuándo es su período de inscripción abierta.

No tiene la obligación de cambiar de plan durante su período de inscripción abierta. Si decide abandonar nuestro plan e inscribirse en uno nuevo, comenzará con su nuevo plan al final de su período de inscripción abierta. Una vez que esté inscrito en el nuevo plan, estará asegurado hasta su próximo período de inscripción abierta. Puede llamar al Agente de Inscripciones al 1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970).

Sección 8: Inscripción en nuestro plan

Inscripción en el programa de Atención a Largo Plazo del Programa SMMC

El programa de Atención a Largo Plazo (LTC) del Programa SMMC proporciona servicios en centros de enfermería y atención en el hogar y la comunidad a personas de edad avanzada y adultos (a partir de los 18 años) con discapacidades. Los servicios basados en el hogar y la comunidad ayudan a las personas a permanecer en sus hogares, con servicios como ayuda para bañarse, vestirse y comer; ayuda con las tareas domésticas; ayuda con las compras; o supervisión.

Pagamos los servicios que se proporcionan en el centro de enfermería. Si vive en un centro de enfermería de Medicaid a tiempo completo, probablemente ya esté en el programa de Atención a Largo Plazo. Si no lo sabe o no cree estar inscrito en el programa de Atención a Largo Plazo, llame a Servicio al Cliente. Nosotros podemos ayudarle.

El programa de Atención a Largo Plazo también proporciona ayuda a las personas que viven en su hogar. Pero el espacio es limitado para estos servicios en el hogar, por lo que antes de que pueda recibir estos servicios, debe hablar con alguien que le hará preguntas sobre su salud. Esto se denomina selección. Los Centros de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas (Aging and Disability Resource Centers, ADRC) del Departamento de Asuntos de Personas Mayores realizan estos exámenes de selección. Una vez que se haya completado la selección, el Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas le notificará sobre su posición en la lista de espera o le proporcionará una lista de recursos si no se le incluye en dicha lista. Si está en la lista de espera y hay un espacio disponible para usted en el programa de Atención a Largo Plazo, el programa de Evaluación y Revisión Integrales para Servicios de Atención a Largo Plazo (Comprehensive Assessment and Review for Long-Term Care Services, CARES) del Departamento de Asuntos de Personas Mayores le pedirá que proporcione más información sobre usted para asegurarse de que cumpla otros criterios médicos para recibir servicios del programa de Atención a Largo Plazo. Una vez que se inscriba en el programa de Atención a Largo Plazo, nos aseguraremos de que continúe cumpliendo con los requisitos del programa cada año.

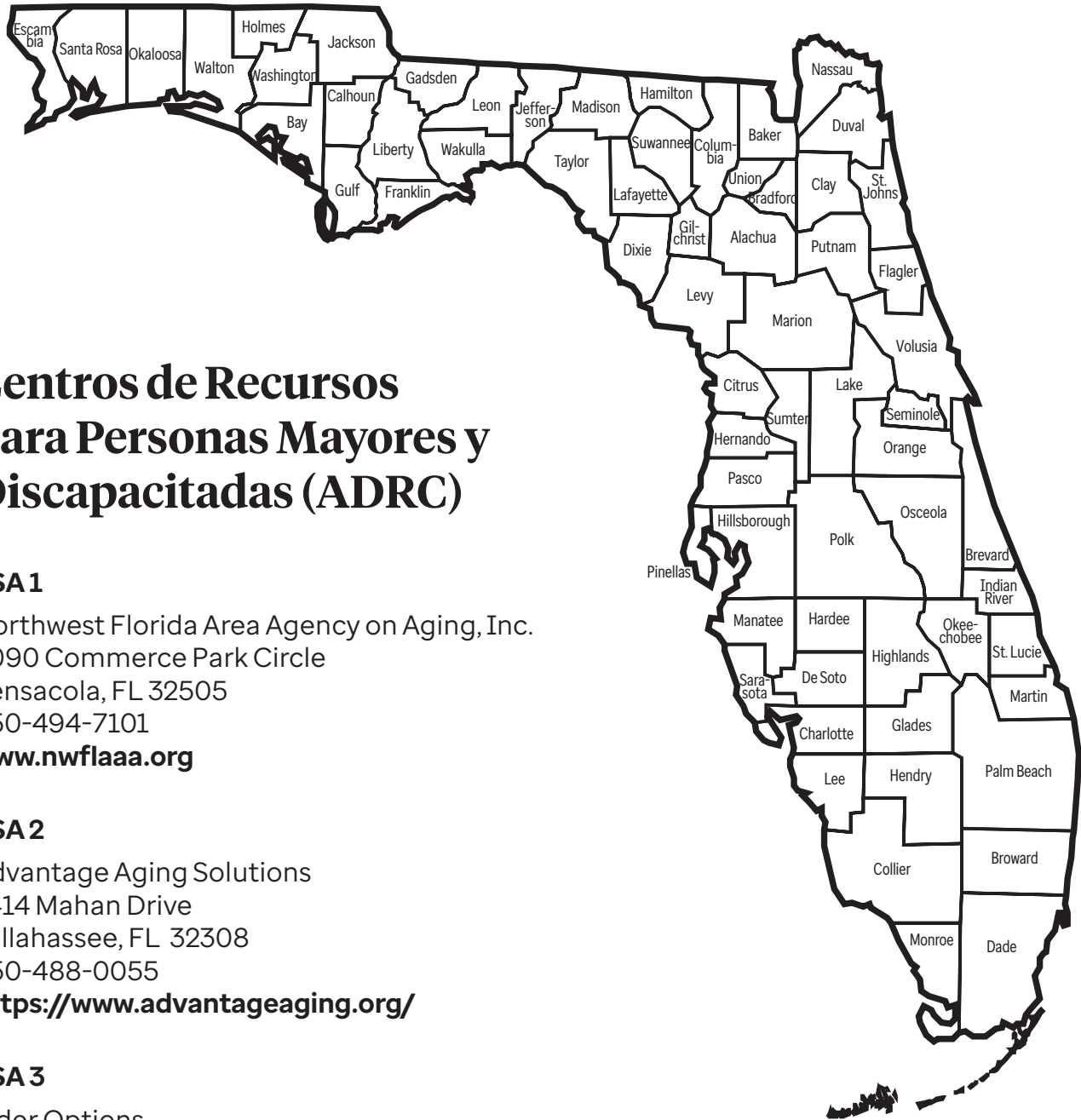
Algunos miembros no tienen que completar el proceso de selección o lista de espera si cumplen con todos los demás requisitos de elegibilidad del programa de Atención a Largo Plazo. Para obtener más información sobre las excepciones del proceso de selección del Programa de Atención a Largo Plazo, visite la página web de la Agencia en https://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide_mc/ltc_scrn.shtml. Por ejemplo:

1. ¿Tiene 18, 19 o 20 años?
2. ¿Tiene una enfermedad o afección debilitante crónica de uno o más sistemas fisiológicos u orgánicos?
3. ¿Necesita intervención o supervisión médica, de enfermería o de salud las 24 horas del día?

Si respondió “sí” a las tres preguntas, puede comunicarse con UnitedHealthcare Community Plan para solicitar una evaluación para el programa de Atención a Largo Plazo.

Puede encontrar el número de teléfono de su Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas local en el siguiente mapa. Allí también pueden ayudar a responder cualquier otra pregunta que tenga sobre el programa de Atención a Largo Plazo. Visite https://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide_mc/smmc_ltc.shtml para obtener más información.

26 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.



Centros de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas (ADRC)

PSA 1

Northwest Florida Area Agency on Aging, Inc.
5090 Commerce Park Circle
Pensacola, FL 32505
850-494-7101
www.nwflaaa.org

PSA 2

Advantage Aging Solutions
2414 Mahan Drive
Tallahassee, FL 32308
850-488-0055
<https://www.advantageaging.org/>

PSA 3

Elder Options
100 SW 75th Street, Suite 301
Gainesville, FL 32607
352-378-6649
www.agingresources.org

Sección 8: Inscripción en nuestro plan

PSA 4

ElderSource,
The Area Agency on Aging
of Northeast Florida
10688 Old St. Augustine Road
Jacksonville, FL 32257
904-391-6600
www.myeldersource.org

PSA 5

Area Agency on Aging of Pasco-Pinellas, Inc.
9549 Koger Boulevard
Gadsden Building, Suite 100
St. Petersburg, FL 33702
727-570-9696
www.agingcarefl.org

PSA 6

Senior Connection Center, Inc
8928 Brittany Way
Tampa, FL 33619
813-740-3888
www.seniorconnectioncenter.org

PSA 7

Senior Resource Alliance
3319 Maguire Boulevard, Suite 100
Orlando, FL 32803
407-514-1832
www.seniorresourcealliance.org

PSA 8

Agencias sobre el envejecimiento
de su área local for Southwest Florida, Inc.
2830 Winkler Avenue, Suite 112
Fort Myers, FL 33916
239-652-6900
www.aaaswfl.org

PSA 9

Agencias sobre el envejecimiento
de su área local of Palm Beach/Treasure
Coast, Inc.
4400 N Congress Avenue
West Palm Beach, FL 33407
561-684-5885
www.youragingresourcecenter.org

PSA 10

Centro de Recursos para Personas Mayores
y Discapacitadas of Broward County, Inc.
5300 Hiatus Road
Sunrise, FL 33351
954-745-9567
www.adrcbroward.org

PSA 11

Alliance for Aging, Inc.
760 NW 107th Avenue, Suite 214, 2nd Floor
Miami, FL 33172
305-670-6500
www.allianceforaging.org

28 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 9:

Cómo abandonar nuestro plan (cancelación de la inscripción)

Abandonar un plan se denomina **cancelar la inscripción**. Por ley, las personas no pueden abandonar o cambiar de plan mientras estén aseguradas, excepto por motivos específicos. Si desea dejar nuestro plan mientras está asegurado, llame al Agente de Inscripción del Estado para ver si se le permitiría cambiar de plan.

Puede abandonar nuestro plan en cualquier momento por los siguientes motivos (también conocidos como motivos de **Cancelación de la Inscripción por Causa Justificada**¹):

- No cubrimos un servicio por motivos morales o religiosos
- Usted vive y recibe sus servicios de Atención a Largo Plazo de un centro de vivienda asistida, un hogar de cuidado familiar para adultos o un proveedor de centro de enfermería que estaba en nuestra red, pero ya no está en nuestra red

También puede abandonar nuestro plan por los siguientes motivos, si ha completado nuestro proceso de quejas formales y apelaciones²:

- Usted recibe una atención de mala calidad y la Agencia está de acuerdo con usted después de haber examinado sus registros médicos
- No puede obtener los servicios que necesita a través de nuestro plan, pero puede hacerlo a través de otro plan
- Sus servicios se retrasaron sin un buen motivo

Si tiene alguna pregunta sobre si puede cambiar de plan, llame al:

Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711**,
o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**,
o al Agente de Inscripción del Estado al 1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970).

¹ Para obtener la lista completa de motivos de Cancelación de la Inscripción por Causa Justificada, consulte la Norma Administrativa 59G-8.600 de Florida:

<https://www.flrules.org/gateway/RuleNo.asp?title=MANAGEDCARE&ID=59G-8.600>

² Para saber cómo solicitar una apelación, vaya a la Sección 17, Satisfacción del miembro, en la página 101.

Sección 9: Cómo abandonar nuestro plan (cancelación de la inscripción)

Retiro de nuestro plan (cancelación involuntaria de la inscripción)

La Agencia puede retirarle de nuestro plan (y a veces del Programa Estatal de Atención Administrada de Medicaid por completo) por ciertos motivos. Esto también se denomina **cancelación involuntaria de la inscripción**. Estos motivos incluyen las siguientes situaciones:

- Usted pierde su cobertura de Medicaid
- Usted se muda fuera del lugar donde operamos o fuera del estado de Florida
- Usted usa su tarjeta de identificación del plan incorrectamente o deja que otra persona use su tarjeta de identificación del plan de manera intencional
- Usted falsifica o adultera recetas
- Usted o sus cuidadores se comportan de una manera que nos dificulta prestarle atención
- Usted está en el programa de Atención a Largo Plazo y vive en un centro de vivienda asistida o en un hogar de cuidado familiar para adultos que no es un entorno hogareño y no se mudará a un centro que sea un entorno hogareño³

Si la Agencia le retira de nuestro plan porque usted infringió la ley o por su comportamiento, no puede volver al Programa SMMC.

³ Esto es solo para los afiliados al programa de Atención a Largo Plazo. Si tiene preguntas sobre el cumplimiento de este requisito federal por parte de su centro, llame a Servicio al Cliente o a su administrador de casos.

Sección 10:

Administrar su cuidado

Si tiene una afección médica o enfermedad que requiere apoyo y coordinación adicionales, podemos asignarle un administrador de casos para que trabaje con usted. Su administrador de casos le ayudará a recibir los servicios que necesita. El administrador de casos trabajará con sus otros proveedores para administrar su atención de la salud. Si le proporcionamos un administrador de casos y no desea uno, llame a Servicio al Cliente para informarnos.

Si está en el programa de Atención a Largo Plazo, le asignaremos un administrador de casos. Debe tener un administrador de casos si está en el programa de Atención a Largo Plazo. Su administrador de casos es su persona de referencia y es responsable de **coordinar su cuidado**. Esto significa que es la persona que le ayudará a averiguar qué servicios de Atención a Largo Plazo necesita y cómo obtenerlos.

Si tiene un problema con su atención o algo en su vida cambia, informe a su administrador de casos y este le ayudará a decidir si sus servicios necesitan cambiar para ayudarle mejor.

Cómo cambiar de administrador de casos

Si desea elegir un administrador de casos diferente, llame a Servicio al Cliente. Puede haber ocasiones en las que tengamos que cambiar su administrador de casos. Si necesitamos hacerlo, le enviaremos una carta para informarle y podríamos llamarle.

Cosas importantes que debe decirle a su administrador de casos

Si algo cambia en su vida o no le gusta un servicio o proveedor, informe a su administrador de casos. Debe informar a su administrador de casos si:

- No le gusta un servicio
- Tiene inquietudes sobre un proveedor de servicios
- Sus servicios no son correctos
- Usted obtiene otro seguro de salud
- Va al hospital o a la sala de emergencias
- Su cuidador ya no puede ayudarle
- Su situación de vida cambia
- Cambia su nombre, número de teléfono, dirección o condado

Solicitud de poner sus servicios en espera

Si algo cambia en su vida y necesita detener sus servicios durante un tiempo, informe a su administrador de casos. Su administrador de casos le pedirá que complete y firme un formulario de consentimiento para la suspensión voluntaria para suspender sus servicios.

Nueva tecnología

Las solicitudes de cobertura para procedimientos médicos, dispositivos o medicamentos nuevos son examinadas por el Comité de evaluación tecnológica de UnitedHealthcare Community Plan. Este grupo incluye médicos y otros expertos en atención de la salud. El equipo utiliza pautas nacionales y evidencia científica de estudios médicos para ayudar a decidir si UnitedHealthcare Community Plan debe aprobar equipos, procedimientos o medicamentos nuevos.

Servicios de gestión de la utilización

UnitedHealthcare proporciona servicios de gestión de la utilización para asegurarse de que reciba la atención adecuada en el momento adecuado y en el entorno adecuado. Para obtener más información sobre la gestión de la utilización, llame al **1-888-716-8787, TTY 711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. si tiene preguntas. Le explicaremos cómo funciona la UM y qué significa para su atención. El correo de voz está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Hay disponible asistencia adicional en otros idiomas y podemos proporcionarle los materiales en un idioma o formato que le resulte fácil de entender.

Programas de gestión de la utilización

UnitedHealthcare Community Plan quiere que obtenga la atención que es adecuada para usted, sin recibir atención que no necesita. Nos aseguramos de que reciba la atención adecuada tomando decisiones basadas en la necesidad médica, la idoneidad y si se trata de un beneficio cubierto. Para asegurarnos de que las decisiones sean justas, no recompensamos al personal que toma estas decisiones por decir que no. Si tiene preguntas sobre cómo se toman estas decisiones, llame al **1-888-716-8787, TTY 711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes.

Política y procedimientos de revisión de la utilización

UnitedHealthcare Community Plan tiene normas y pasos que seguimos al tomar decisiones sobre la aprobación de servicios médicos. Queremos asegurarnos de que los servicios de atención de la salud proporcionados sean médicamente necesarios, sean adecuados para su afección y se proporcionen en el mejor centro de atención. Nos aseguramos de que se brinde atención de calidad. Los criterios utilizados en nuestra toma de decisiones están disponibles para usted y su médico si los solicitan.

Nuestros empleados y proveedores no son recompensados de manera alguna por no brindarle la atención o los servicios que usted necesita, ni por decir que no debe recibirlos.

También existen algunos tratamientos y procedimientos que necesitamos revisar antes de que los reciba. Sus proveedores saben cuáles son y se encargarán de avisarnos para que los revisemos. La revisión que hacemos se denomina revisión de la utilización. No recompensamos a nadie por decir que usted no necesita cuidado. Si tiene preguntas sobre la gestión de la utilización, puede hablar con nuestro personal. Nuestro personal está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. si llama al **1-888-716-8787, TTY 711**. Se encuentran disponibles servicios de asistencia de idiomas.

Sección 11:

Cómo acceder a los servicios

Antes de recibir un servicio o acudir a una cita de atención de la salud, tenemos que asegurarnos de que necesite el servicio y de que sea médicamente adecuado para usted. Esto se denomina **preautorización**. Para ello, examinamos sus antecedentes médicos y la información de su médico u otros proveedores de atención médica. Luego decidiremos si ese servicio puede ayudarle. Utilizamos reglas de la Agencia para tomar estas decisiones.

Proveedores de nuestro plan

En su mayoría, debe utilizar médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que estén en nuestra **red de proveedores**. Nuestra red de proveedores es el grupo de médicos, terapeutas, hospitales, establecimientos y otros proveedores de atención médica con los que trabajamos. Usted puede elegir cualquier proveedor de nuestra red de proveedores. Esto se denomina **libertad de elección**. Si utiliza un proveedor de atención médica que no está en nuestra red, es posible que deba pagar esa cita o ese servicio.

Encontrará una lista de proveedores que están en nuestra red en nuestro Directorio de Proveedores. Si desea una copia del Directorio de Proveedores, llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711**; y Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711** para obtener una copia o visite nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan**.

Puede obtener información sobre los médicos de la red en **myuhc.com/CommunityPlan**, o llamando a Servicio al Cliente. Podemos brindarle la siguiente información:

1. Nombre, dirección, número de teléfono
2. Calificaciones profesionales
3. Especialidad
4. Certificaciones de la junta médica
5. Idiomas que habla el proveedor
6. Información sobre la facultad de medicina a la que asistió y el programa de residencia
7. Estado de la certificación de la junta médica

Sección 11: Cómo acceder a los servicios

Si está en el programa de Atención a Largo Plazo, su administrador de casos es la persona que le ayudará a elegir un proveedor de servicios que esté en nuestra red para cada uno de sus servicios. Una vez que usted elija un proveedor de servicios, se pondrá en contacto con él para comenzar sus servicios. Así es como se **aprueban** los servicios en el programa de Atención a Largo Plazo. Su administrador de casos trabajará con usted, su familia, sus cuidadores, sus médicos y otros proveedores para asegurarse de que sus servicios de Atención a Largo Plazo funcionen con su atención médica y otras partes de su vida.

Proveedores que no están en nuestro plan

Hay algunos servicios que puede obtener de proveedores que no están en nuestra red de proveedores. Estos servicios son:

- Suministros y servicios de planificación familiar
- Servicios de salud preventivos para mujeres, como exámenes de mama, exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y atención prenatal
- Tratamientos para enfermedades de transmisión sexual
- Cuidado de emergencia

Si no podemos encontrar un proveedor en nuestra red de proveedores para estos servicios, le ayudaremos a encontrar otro proveedor que no forme parte de nuestra red. Recuerde consultar con nosotros antes de utilizar un proveedor que no forme parte de nuestra red de proveedores. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros.

Cuándo pagamos sus servicios odontológicos

Su plan odontológico cubrirá la mayoría de sus servicios odontológicos, pero algunos servicios pueden estar cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan. La siguiente tabla le ayudará a comprender qué plan paga por un servicio. Este plan no proporciona beneficios dentales de rutina.

Tipo de servicios odontológicos	El plan odontológico cubre	El plan médico cubre
Servicios odontológicos	Cubierto cuando consulta a su dentista o higienista dental.	Cubierto cuando consulta a su médico o personal de enfermería.
Servicios odontológicos programados en un hospital o centro quirúrgico	Cubierto por servicios odontológicos de su dentista.	Cubierto para médicos, enfermeros, hospitales y centros quirúrgicos.

¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 11: Cómo acceder a los servicios

Tipo de servicios odontológicos	El plan odontológico cubre	El plan médico cubre
Visita al hospital por un problema odontológico	No tiene cobertura.	Con cobertura.
Medicamentos recetados para una visita o un problema odontológico	No tiene cobertura.	Con cobertura.
Transporte a su cita o servicio odontológico	No tiene cobertura.	Con cobertura.
Anestesia para servicios en un hospital o centro quirúrgico	No tiene cobertura.	Con cobertura.

Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o a Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711** para obtener ayuda con la coordinación de estos servicios.

¿Qué debo pagar?

Es posible que deba pagar las citas o los servicios que no estén cubiertos. Un servicio cubierto es un servicio que debemos proporcionar en el programa Medicaid. Todos los servicios enumerados en este manual son servicios cubiertos. Los miembros de Medicaid no tienen copagos. Recuerde, solo porque un servicio esté cubierto, no significa que lo necesitará. Es posible que deba pagar los servicios si no los aprobamos primero.

Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicio al Cliente. No pague la factura hasta que haya hablado con nosotros. Lo ayudaremos.

Servicios para niños⁴

Debemos proporcionar todos los servicios médicamente necesarios a nuestros miembros que tengan entre 0 y 20 años. Esto es una exigencia legal. Esto es así incluso si no cubrimos un servicio, o si el servicio tiene un límite.

⁴ También conocidos como requisitos de “Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos” (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT).

36 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 11: Cómo acceder a los servicios

Siempre que los servicios de su hijo sean médicamente necesarios, los servicios:

- no tendrán límites en dólares, o
- no tendrán límites de tiempo, como límites diarios o por hora.

Es posible que su proveedor deba pedirnos su aprobación antes de brindarle el servicio a su hijo. Llame a Servicio al Cliente si desea saber cómo solicitar estos servicios.

Servicios cubiertos por el sistema para brindar atención de pago por servicio de Medicaid, no cubiertos a través de UnitedHealthcare Community Plan

El programa de pago por servicio de Medicaid es responsable de cubrir los siguientes servicios, en lugar de que UnitedHealthcare Community Plan cubra estos servicios:

- Programa de Equivalencia Certificada del Departamento de Salud del Condado (County Health Department, CHD)
- Exención del Presupuesto Individual (Individual Budgeting, iBudget) de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad por Discapacidades del Desarrollo
- Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad por Disautonomía Familiar (Familial Dysautonomia, FD)
- Medicamentos relacionados con factores de hemofilia
- Servicios en centros de atención intermedia para personas con Discapacidades Intelectuales (Intermediate Care Facility Services for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID)
- Programa de Equivalencia Escolar Certificada de Medicaid (Medicaid Certified School Match, MCSM)
- Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad Modelo
- Servicios de la audición para recién nacidos
- Servicios de atención pediátrica prolongada recetada
- Programa de Equivalencia para Abuso de Sustancias del Condado

Esta página web de la Agencia proporciona detalles sobre cada uno de los servicios mencionados anteriormente y cómo acceder a estos: http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Policy_and_Quality/Policy/Covered_Services_HCBS_Waivers.shtml.

Objeciones morales o religiosas

Si no cubrimos un servicio por motivos religiosos o morales, le informaremos que el servicio no está cubierto. En estos casos, debe llamar al Agente de Inscripción del Estado al 1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970). El Agente de Inscripción le ayudará a encontrar un proveedor para estos servicios.

¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 12:

Información útil sobre sus beneficios

Elegir a un médico de cabecera (PCP)

Si tiene Medicare, comuníquese con el número que figura en su tarjeta de identificación de Medicare para obtener información sobre su Médico de Cabecera.

Una de las primeras cosas que deberá hacer cuando se inscriba en nuestro plan es elegir un PCP. Puede ser un médico, enfermero practicante o asistente médico. Usted se comunicará con su Médico de Cabecera para concertar una cita para recibir servicios como controles regulares, vacunas (inmunizaciones) o cuando esté enfermo. Este también le ayudará a obtener atención de otros proveedores o especialistas. Esto se denomina **referido**. Puede elegir su Médico de Cabecera llamando a Servicio al Cliente.

Puede elegir un Médico de Cabecera diferente para cada miembro de la familia o puede elegir uno para toda la familia. Si no elige un Médico de Cabecera, le asignaremos uno para usted y su familia. Puede cambiar de médico de cabecera en cualquier momento. Para cambiarle, llame a Servicio al Cliente.

Elección de un Médico de Cabecera para su hijo

Puede elegir un Médico de Cabecera para el bebé antes de que nazca. Podemos ayudarle con esto también si llama a Servicio al Cliente. Si no elige un Médico de Cabecera para el momento del nacimiento de su bebé, nosotros elegiremos uno por usted. Si desea cambiar el Médico de Cabecera de su bebé, llámenos.

Sección 12: Información útil sobre sus beneficios

Es importante que seleccione un Médico de Cabecera para su hijo para asegurarse de que reciba las visitas de bienestar del niño cada año. Las visitas de bienestar del niño son para niños de 0 a 20 años. Estas visitas son revisiones periódicas que les ayudan a usted y al Médico de Cabecera de su hijo a saber qué está sucediendo con su hijo y cómo está creciendo. Su hijo también puede recibir vacunas (inmunizaciones) en estas visitas. Estas visitas pueden ayudar a encontrar problemas y mantener a su hijo sano.⁵ Puede llevar a su hijo a un pediatra, a un proveedor de atención familiar u otro proveedor de atención médica.

No necesita un referido para visitas de bienestar del niño. Además, no se cobra por las visitas de bienestar del niño.

Atención de especialistas y referidos

A veces, es posible que deba consultar a un proveedor que no sea su Médico de Cabecera por problemas médicos como afecciones, lesiones o enfermedades especiales. Hable primero con su Médico de Cabecera. Su Médico de Cabecera puede derivarle a un **especialista**. Un especialista es un proveedor que trabaja en un área de atención de la salud.

Si tiene un administrador de casos, asegúrese de informarle sobre sus **referidos**. El administrador de casos trabajará con el especialista para brindarle atención.

Segundas opiniones

Tiene derecho a una **segunda opinión** médica sobre la atención que recibe. Esto significa hablar con un proveedor diferente para conocer su opinión sobre la atención que está recibiendo. El segundo proveedor le dará su punto de vista. Esto puede ayudarle a decidir si ciertos servicios o tratamientos son los mejores para usted. No se le cobrará por obtener una segunda opinión.

Su Médico de Cabecera, administrador de casos o Servicio al Cliente pueden ayudarle a encontrar un proveedor que le dé una segunda opinión. Puede elegir cualquiera de nuestros proveedores. Si no puede encontrar un proveedor con nosotros, le ayudaremos a encontrar un proveedor que no forme parte de nuestra red de proveedores. Si necesita consultar a un proveedor que no está en nuestra red de proveedores para obtener la segunda opinión, debemos aprobarlo antes de que usted le consulte.

⁵ Para obtener más información sobre los exámenes de detección y evaluaciones recomendadas para niños, consulte “Recomendaciones para el cuidado preventivo de la salud pediátrica: cronograma de periodicidad” en el **Cronograma de Periodicidad (aap.org)**.

Sección 12: Información útil sobre sus beneficios

Cuidado de urgencia

La atención de urgencia no es atención de emergencia. La atención de urgencia es necesaria cuando tiene una lesión o enfermedad que debe tratarse en un plazo de 48 horas. Su salud o vida no suelen estar en peligro, pero usted no puede esperar a consultar a su Médico de Cabecera o es algo que ocurre después de que el consultorio de este ha cerrado.

Si necesita cuidado de urgencia fuera del horario de atención y no puede comunicarse con su médico de cabecera, puede hablar con un médico de atención primaria a través de Doctor Chat de UHC o dirigirse a la sala de emergencias más cercana.

También puede encontrar el centro de cuidado de urgencia más cercano llamando a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711**; Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**; o ingresando en línea en **myuhc.com/CommunityPlan**.

Doctor Chat® de UHC

Cuando esté enfermo o tenga preguntas sobre su salud y no pueda acudir a su médico de atención primaria, puede hablar con uno en segundos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de Doctor Chat de UHC. Reciba las respuestas, el tratamiento y la atención de seguimiento que necesita, cuando los necesite, sin costo para usted. Tenga en cuenta que esta es una aplicación diferente de la aplicación de UnitedHealthcare. Para descargarla, busque “UnitedHealthcare Doctor Chat” en App Store o Google Play, o visite **uhcdoctorchat.com**.

Atención hospitalaria

Si necesita ir al hospital para una cita, cirugía o estadía nocturna, su Médico de Cabecera lo coordinará. Debemos aprobar los servicios en el hospital antes de que usted vaya, excepto en caso de emergencia. No pagaremos los servicios hospitalarios a menos que los aprobemos con anticipación o se trate de una emergencia.

Si tiene un administrador de casos, este trabajará con usted y su proveedor para poner en marcha los servicios cuando regrese a su casa desde el hospital.

Cuidado de emergencia

Tiene una **emergencia** médica cuando está tan enfermo o lesionado que su vida o su salud están en peligro si no recibe ayuda médica de inmediato. Algunos de los ejemplos son los siguientes:

- Fracturas óseas
- Sangrado que no se detiene
- Embarazo, trabajo de parto o sangrado
- Dificultad para respirar.
- Incapacidad repentina para ver, moverse o hablar

Los servicios de emergencia son aquellos servicios que recibe cuando está muy enfermo o lesionado. Estos servicios intentan mantenerle con vida o evitar que empeore. Generalmente se proporcionan en una sala de emergencias.

Si su afección es grave, llame al 911 o vaya al centro de emergencias más cercano de inmediato. Puede ir a cualquier hospital o centro de emergencia. Si no está seguro de que sea una emergencia, llame a su PCP. Su PCP le dirá qué debe hacer.

No es necesario que el hospital o el establecimiento formen parte de nuestra red de proveedores ni que se encuentre en nuestra área de servicio. Tampoco necesita obtener la aprobación con anticipación para recibir atención de emergencia o para los servicios que recibe en una sala de emergencias para tratar su afección.

Si tiene una emergencia cuando está lejos de su casa, obtenga la atención médica que necesita. Asegúrese de llamar a Servicio al Cliente cuando pueda y avísenos.

Cómo surtir recetas

Cubrimos una amplia variedad de medicamentos recetados. Tenemos una lista de medicamentos que cubrimos. Esta lista se denomina **Lista de Medicamentos Preferidos**. Puede encontrar esta lista en nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicio al Cliente.

Cubrimos medicamentos **de marca** y **genéricos**. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca, pero a menudo son más baratos que los de marca. Funcionan de la misma manera. A veces, es posible que tengamos que aprobar el uso de un medicamento de marca antes de que se surta su receta.

Sección 12: Información útil sobre sus beneficios

Tenemos farmacias en nuestra red de proveedores. Puede surtir sus medicamentos recetados en cualquier farmacia de nuestra red de proveedores. Asegúrese de traer su tarjeta de identificación del plan a la farmacia.

La lista de medicamentos cubiertos puede cambiar de vez en cuando, pero le informaremos si algo cambia.

Algunos medicamentos de la Lista de Medicamentos Preferidos necesitan autorización previa. Esto significa que deben aprobarse antes de que usted los reciba. Cuando un medicamento necesita autorización previa, su médico debe comunicarse con nuestro departamento de Farmacia. Allí revisarán la solicitud del médico. La decisión puede tardar hasta 24 horas una vez que se proporciona toda la información médicamente necesaria. Se les informará a usted y a su médico el resultado. No hay copagos por medicamentos recetados para los miembros de Medicaid.

Información sobre farmacias especializadas

En algunos casos, es posible que le receten un medicamento que la mayoría de las farmacias estándares no tienen en existencias, y que solo se puede surtir en una farmacia especializada.

Si esto ocurre, UnitedHealthcare puede asignarle una farmacia especializada de la red para que le ayude a surtir la receta en su área. Si se le asigna una farmacia especializada, recibirá una carta con el nombre y la ubicación.

Si prefiere otra farmacia especializada, tiene 30 días para solicitar un cambio llamando a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711**; Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**; o ingresando en línea en **myuhc.com/CommunityPlan**. Después de 30 días, su solicitud deberá dirigirse por escrito a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
7901 SW 6th Street, Suite 400
Plantation, FL 33324

Servicios de salud conductual

Hay ocasiones en las que es posible que deba hablar con un terapeuta o consejero, por ejemplo, si tiene alguno de los siguientes sentimientos o problemas:

- Sentirse siempre triste
- No querer hacer las cosas que solía disfrutar
- Sentirse inútil
- Tener problemas para dormir
- No tener ganas de comer
- Abusar del alcohol o de las drogas
- Tener problemas en su matrimonio
- Tener inquietudes sobre la crianza de sus hijos

Cubrimos muchos tipos diferentes de servicios de salud conductual que pueden ayudar con los problemas que podría enfrentar. Puede llamar a un proveedor de salud conductual para concertar una cita. Podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud conductual de los siguientes modos:

- Llamando a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711**;
Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**
- Visitando nuestro sitio web **myuhc.com/CommunityPlan**

Hay siempre alguien para asistirle las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

No necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para recibir servicios de salud del comportamiento.

Si piensa en lastimarse o lastimar a otras personas, llame al 911. También puede ir a la sala de emergencias o al centro de estabilización de crisis más cercano, incluso si está fuera de nuestra área de servicio. Una vez que esté en un lugar seguro, llame a su Médico de Cabecera si puede. Haga un seguimiento con el médico en el plazo de 24 a 48 horas. Si recibe cuidado de emergencia fuera del área de servicio, planificaremos su traslado a un hospital o proveedor que forme parte de la red de nuestro plan una vez que se encuentre estable.

Sección 12: Información útil sobre sus beneficios

Programas de recompensas para miembros

Ofrecemos programas para ayudarle a mantenerse saludable y a vivir una vida más sana (como perder peso o dejar de fumar). A estos programas los llamamos **programas de conductas saludables**. Puede obtener recompensas mientras participa en estos programas. Nuestro plan ofrece los siguientes programas:

Programa de incentivos contra el abuso de sustancias: trabajará con su médico para establecer y completar objetivos. Puede unirse al programa de distintas maneras. Puede llamar a su médico, hablar con su administrador de casos o completar una evaluación de salud por Internet. También puede optar por tener un administrador de casos de salud conductual diferente. Puede obtener recompensas cada vez que completa una etapa del objetivo. Para obtener la recompensa, su médico debe firmar un formulario cuando se cumpla el objetivo.

Dejar de fumar: ¿fuma? Si la respuesta es afirmativa, ¿quiere intentar dejar de fumar? Tenemos un programa para dejar de fumar disponible sin costo alguno.

Asesoramiento sobre salud para bajar de peso: este programa le ayudará a establecer objetivos para tener una vida más saludable. Trabajaré con un asesor a través del teléfono. También recibirá correos con consejos para tener una vida saludable. Puede llamar a su médico o completar una evaluación de salud por Internet.

Recompensas de Healthy First Steps®: este es un programa por Internet. Recibirá mensajes de texto y correos electrónicos. Puede inscribirse para recibir recordatorios de sus visitas al médico mientras esté embarazada. Una vez que nazca su bebé, recibirá consejos para saber cuándo llevar a su bebé a los exámenes de control. Puede obtener recompensas por realizar todas sus visitas al médico. También puede obtener recompensas por acudir a todos los controles médicos del bebé hasta que tenga 15 meses.

Si decide cancelar su inscripción en UnitedHealthcare Community Plan, perderá cualquier recompensa del programa. Si pierde la elegibilidad para Medicaid por más de 180 días calendario y no se le reincorpora automáticamente, perderá las recompensas del programa que haya ganado. Recuerde que las recompensas no se pueden transferir. Si deja nuestro Plan por más de 180 días, no podrá recibir su recompensa. Si tiene preguntas o desea unirse a cualquiera de estos programas, llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787, TTY 711**; Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233, TTY 711**; o visite **myuhc.com/CommunityPlan**.

Programas de manejo de enfermedades crónicas

Tenemos programas especiales disponibles que le ayudarán si tiene alguna de estas afecciones.

- Cáncer y prevención del cáncer
- Diabetes y prevención de la diabetes
- Depresión y prevención de la depresión (incluida la prevención del suicidio)
- Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la prevención del VIH
- Nefropatía crónica
- Presión arterial alta

Asuntos relativos al fin de la vida, incluida información sobre Directrices Anticipadas

El derecho a decidir del paciente

Todos los miembros mayores de 18 años que estén en centros de atención de la salud como hospitales, residencias de ancianos, centros de cuidados para enfermos terminales, agencias de atención de la salud domiciliaria y organizaciones para el mantenimiento de la salud tienen ciertos derechos conforme a la ley de Florida.

Tiene derecho a completar un documento conocido como “directriz anticipada”. Este documento indica por anticipado qué tipo de tratamiento desea o no si sufre de afecciones médicas especiales y graves, que le impidan tomar sus propias decisiones. Por ejemplo, si entra en coma, una directriz anticipada le informaría al personal del centro de atención de la salud sus deseos específicos sobre las decisiones que afecten su atención.

¿Qué son las Directrices Anticipadas?

Una Directriz anticipada es una declaración escrita que se realiza frente a un testigo por anticipado respecto de una enfermedad o lesión grave, en cuanto a la forma en que desea que se tomen las decisiones médicas. Existen dos tipos de Directrices anticipadas:

- Un testamento en vida
- Designación de un sustituto para el cuidado de la salud

Una Directriz anticipada le permite indicar sus elecciones sobre la atención médica o designar a alguien para que tome esas decisiones por usted, si no puede tomar decisiones

¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787, TTY 711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233, TTY 711.**

Sección 12: Información útil sobre sus beneficios

respecto del tratamiento de atención médica. Una Directriz anticipada le puede permitir tomar decisiones sobre su futuro tratamiento médico.

¿Qué es un testamento en vida?

Un testamento en vida, por lo general, indica el tipo de cuidado médico que desea recibir o no si no puede tomar decisiones usted mismo. Se denomina “testamento en vida” porque entra en vigencia cuando aún está vivo. Las leyes de Florida establecen un formulario recomendado para los Testamentos en vida. Puede usar ese formulario u otro. Es posible que desee hablar con un abogado o con su médico para estar seguro de que completó el Testamento en vida y para garantizar que se comprenderán sus deseos.

¿Qué es una designación de un sustituto para la atención médica?

La designación de un representante para la atención médica es un documento firmado, fechado y atestiguado que designa a una persona, como un cónyuge, un hijo o un amigo cercano como su representante para tomar decisiones médicas por usted, en caso de que no pueda tomarlas usted mismo.

Puede incluir instrucciones sobre cualquier tratamiento que desee o quiera evitar. Las leyes de Florida establecen un formulario que puede utilizar para la designación de dicho representante. Puede usar ese formulario u otro. Podrá designar a una segunda persona para que reemplace a la primera en caso de que la primera no esté disponible.

¿Cuál es el más adecuado?

Puede tener un testamento en vida y una designación de representante para la atención de la salud, o puede combinarlos en un único documento que describa las opciones de tratamiento en diversas situaciones y que designe a una persona para tomar las decisiones médicas en caso de que usted no las pueda tomar.

¿Debo redactar una Directriz Anticipada conforme a la ley de Florida?

No, no hay ninguna obligación legal de completar una Directriz anticipada. Sin embargo, si no hizo una Directriz anticipada, como completar una designación de representante para la atención médica o un testamento en vida, alguien más podrá tomar las decisiones de atención médica. Estas decisiones podrán ser tomadas por un tutor designado por un tribunal, su cónyuge, su hijo adulto, sus padres, su hermano adulto, un pariente adulto o un amigo cercano, en ese orden. Esta persona se denominará apoderado.

¿Puedo cambiar de opinión después de redactar un testamento en vida o designar un representante para la atención médica?

Sí, puede modificar o cancelar estos documentos en cualquier momento. Los cambios deben hacerse por escrito, con firma y fecha.

46 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 12: Información útil sobre sus beneficios

¿Qué debo hacer con mi directriz anticipada si elijo tener una?

Asegúrese de que alguien, como su médico primario, abogado o familiar sepan que usted tiene una directriz anticipada y donde se encuentra. Considere las posibilidades incluidas a continuación:

- Si ya ha designado un representante para la atención médica, entregue una copia del original a esa persona
- Entregue una copia de su directriz anticipada a su médico para que la agregue a su expediente médico
- Conserve una copia de la directriz anticipada en un lugar donde la pueda encontrar fácilmente
- Conserve una tarjeta o nota en su bolso o billetera, que indique que usted tiene una Directriz anticipada y el lugar donde se encuentra.
- Entregue una copia de su directriz anticipada a UnitedHealthcare Health and Home Connection
- Tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Asuntos de Personas Mayores (Department of Elder Affairs, DOEA) por incumplimiento de las directrices anticipadas

Si modifica su directriz anticipada, asegúrese de que su médico, abogado, familiar y UnitedHealthcare Health and Home Connection tengan la copia más actual.

Tenga en cuenta lo siguiente: Tiene derecho a elegir un nuevo proveedor de atención médica en situaciones en las que un proveedor de atención médica no pueda seguir los deseos de la directriz anticipada de su paciente, debido a objeciones de consciencia. Para obtener más información, pregúntele al personal a cargo de su atención o comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente.

La ley del estado de Florida exige que cualquier cambio a las leyes sobre directrices anticipadas sea informado a usted lo más pronto posible, pero a más tardar noventa (90) días luego de la fecha de entrada en vigencia del cambio.

Si considera que su proveedor no está siguiendo las leyes y normas sobre las directrices anticipadas, podrá presentar una queja llamando al número gratuito de la Línea Directa de Quejas del Consumidor al 1-888-419-3456.

Sección 12: Información útil sobre sus beneficios

¿Cómo puedo realizar una Directriz anticipada?

Puede hablar con su médico de cuidado primario, un abogado o visitar <http://flsenate.gov/Statutes>.

Para obtener más información

Si le gustaría recibir más información sobre cómo elaborar una directriz anticipada, comuníquese con uno de estos organismos:

Choice in Dying
200 Varick Street
New York, NY 10014
1-800-989-9455

State Ombudsman Office
6600 SW 57th Avenue
Miami, FL 33143
1-888-831-0404

American Association of Retired Persons (AARP) – Para solicitar #D155294 y #D15529 públicos, escriba a:

AARP Fulfillment
606 E Street NW
Washington, D.C. 20049
1-888-687-2277

Si está en el programa de Atención a Largo Plazo, también ofrecemos programas para la demencia y el Alzheimer.

Programas de mejora de la calidad

Queremos que obtenga atención de la salud de calidad. Ofrecemos programas adicionales que ayudan a mejorar la atención que recibe. Los programas son:

- Seguridad en el hogar y prevención de caídas
- Información sobre directrices anticipadas
- Asistencia para la prevención de la violencia doméstica

Llame a Servicio al Cliente para verificar los servicios cubiertos. Los servicios que se consideran experimentales y cosméticos no están cubiertos. Para un servicio de asesoramiento o referido que el plan de salud no cubre debido a objeciones morales o religiosas, el plan de salud no necesita proporcionar información sobre cómo y dónde obtener el servicio. También tiene derecho a hablarnos de los cambios que cree que deberíamos hacer.

Para obtener más información sobre nuestro programa de mejora de la calidad o para comunicarnos sus ideas, llame al **1-888-716-8787**, TTY **711**; Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**; o visite myuhc.com/CommunityPlan.

48 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 13:

Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

La siguiente tabla enumera los servicios médicos que cubre nuestro Plan. Recuerde que es posible que necesite un referido de su Médico de Cabecera o nuestra aprobación antes de acudir a una cita o utilizar un servicio. Los servicios deben ser médicamente necesarios para que nosotros los paguemos.⁶

Es posible que haya algunos servicios que nosotros no cubrimos, pero que pueden estar cubiertos por Medicaid. Existen algunos servicios que su estado ha determinado que son médicamente apropiados y se pueden proporcionar en lugar de un servicio o entorno cubierto por el plan del estado. Estos se denominan “servicios de reemplazo” (In Lieu of Services, ILOS). Para obtener más información sobre estos beneficios, llame a la Línea de Ayuda de Medicaid de la Agencia al 1-877-254-1055. Si necesita transporte hacia cualquiera de estos servicios, podemos ayudarle. Puede llamar MTM Health al 1-888-777-6528 para programar un traslado. Consulte la página 114 para obtener información sobre la aplicación MTM Link.

Si hay cambios en los servicios cubiertos u otros cambios que le afectarán, le notificaremos por escrito al menos 30 días antes de la fecha en que se produzca el cambio.

Si tiene preguntas sobre cualquiera de los servicios médicos cubiertos, llame a Servicio al Cliente.

*Indica en reemplazo de los servicios de salud conductual

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
* Servicios de instalaciones receptoras para personas con adicciones	Servicios utilizados para ayudar a las personas que tienen dificultades con la adicción a las drogas o al alcohol.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí

⁶ Puede encontrar la definición de necesidad médica en http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/General/59G_1010_Definitions.pdf.

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios para alergias	Servicios para tratar afecciones como estornudos o sarpullidos que no son causados por una enfermedad.	Cubrimos las pruebas de alergia en la piel o la sangre médicamente necesarias y hasta 156 dosis al año de vacunas contra la alergia.	No
Servicios de transporte en ambulancia	Los servicios de ambulancia son para cuando necesita atención de emergencia mientras se le transporta al hospital o asistencia especial cuando se le transporta entre establecimientos.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	No
* Servicios de desintoxicación ambulatoria	Servicios prestados a personas con abstinencia de las drogas o el alcohol.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicios en Centros quirúrgicos ambulatorios	Cirugía y otros procedimientos que se realizan en un centro que no sea un hospital (para pacientes ambulatorios).	Cubiertos según sea médicamente necesario.	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios de anestesia	Servicios para evitar que sienta dolor durante la cirugía u otros procedimientos médicos.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	No
Servicios de cuidado asistido	Servicios proporcionados a adultos (mayores de 18 años) para ayudar con las actividades de la vida diaria y la toma de medicamentos.	Cubrimos 365/366 días de servicios al año, según sea médicamente necesario.	Es posible que se requiera autorización previa.

50 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Análisis del comportamiento (Behavior Analysis, BA)	Intervenciones estructuradas, estrategias y enfoques proporcionados para disminuir los comportamientos inadaptados y aumentar o reforzar los comportamientos apropiados.	Cubrimos a los beneficiarios menores de 21 años que requieran servicios médicamente necesarios.	Sí
Servicios de evaluación de la salud conductual	Servicios utilizados para detectar o diagnosticar enfermedades mentales y trastornos de salud conductual.	Cubrimos según sea necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación inicial al año • Una nueva evaluación al año • Hasta 150 minutos de evaluaciones breves del estado de salud conductual (no más de 30 minutos en un solo día) Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación para obtener información adicional.	No
Servicios de cobertura de salud conductual	Servicios de salud conductual proporcionados a niños (de 0 a 18 años) inscritos en un programa del Departamento de Niños y Familias.	Cubrimos 365/366 días de servicios médicamente necesarios al año, lo que incluye terapia, servicios de apoyo y planificación de atención postratamiento.	Sí

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
<p>* Servicios de telesalud para la salud conductual</p>	<p>Servicios de salud mental y de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios proporcionados a través de consultas por video sincrónicas.</p>	<p>Miembros con diagnóstico principal de trastorno de salud mental o por consumo de sustancias y que cumplen los requisitos para este nivel de cuidado.</p>	<p>Sí</p>
<p>Servicios cardiovasculares</p>	<p>Servicios que tratan el corazón y el sistema circulatorio (vasos sanguíneos).</p>	<p>Cubrimos lo siguiente según lo prescrito por su médico, cuando sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas cardíacas • Procedimientos quirúrgicos cardíacos • Dispositivos cardíacos 	<p>Sí</p>
<p>Servicios de administración de casos dirigida a la salud pediátrica</p>	<p>Servicios proporcionados a niños (de 0 a 3 años) para ayudarles a obtener atención de la salud y otros servicios.</p> <p>○</p> <p>Servicios prestados a niños (de 0 a 20 años) que utilizan servicios médicos de cuidado de acogida.</p>	<p>Su hijo debe estar inscrito en el programa Early Steps del Departamento de Salud (Department of Health, DOH).</p> <p>○</p> <p>Su hijo debe recibir servicios médicos de cuidado de acogida.</p>	<p>No</p>

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios quiroprácticos	Diagnóstico y tratamiento de manipulación de desalineaciones de las articulaciones, especialmente la columna vertebral, que pueden causar otros trastornos al afectar los nervios, músculos y órganos.	Cubrimos según sea necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> • 24 visitas del paciente al año, por miembro • Radiografías 	Sí
Servicios clínicos	Servicios de atención de la salud proporcionados en un departamento de salud del condado, un centro de salud federalmente calificado o una clínica de salud rural.	Visitas a un centro de salud federalmente calificado o visita a una clínica de salud rural, medicamente necesarias.	No
* Servicios integrales basados en la comunidad	Un nivel intensivo de servicios en la comunidad proporcionados por un equipo de salud mental para ayudar a los miembros y evitar el tratamiento residencial.	Cobertura para edades de 0 a 21 años, según necesidad médica.	Sí
* Servicios de unidad de estabilización de crisis	Servicios de salud mental de emergencia que se brindan en un centro que no es un hospital regular.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	No

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de diálisis	Atención médica, pruebas y otros tratamientos para los riñones. Este servicio también incluye suministros para diálisis y otros suministros que ayudan a tratar los riñones.	Cubrimos lo siguiente según lo prescrito por su médico responsable, cuando sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de hemodiálisis • Tratamientos de diálisis peritoneal 	No
* Servicios de centro social de acogida	Servicios proporcionados en un centro que ayuda a las personas sin hogar a recibir tratamiento o vivienda.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	No
Servicios de suministros médicos y Equipo Médico Duradero	El equipo médico se utiliza para controlar y tratar una afección, enfermedad o lesión. El equipo médico duradero se usa una y otra vez, e incluye artículos como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas y demás. Los suministros médicos son artículos destinados a un solo uso y luego desechados.	Según sea médicamente necesario; se aplican algunos límites de servicio y edad. Llame a Servicio al Cliente al 1-888-716-8787 para obtener más información.	Se requiere autorización previa solo en entornos ambulatorios, para incluir el domicilio del paciente y debe ser superior a \$500.

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de intervención temprana	Servicios para niños de 0 a 3 años que tienen retrasos en el desarrollo y otras afecciones.	Cubrimos, cuando es necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none">• Una evaluación inicial de por vida, realizada por un equipo• Hasta 3 exámenes de detección al año• Hasta 3 evaluaciones de seguimiento al año• Hasta 2 sesiones de capacitación o apoyo por semana	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios de transporte de emergencia	Transporte proporcionado por ambulancias o ambulancias aéreas (helicóptero o avión) para llevarle a un hospital debido a una emergencia.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	No

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de evaluación y gestión	Servicios para las visitas al médico para mantenerse saludable y prevenir o tratar enfermedades.	Cubrimos, cuando es necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección de salud para adultos (control) por año • Las visitas de bienestar del niño se realizan en función de la edad y las necesidades de desarrollo • Una visita al mes para las personas que viven en centros de enfermería • Hasta dos visitas al consultorio al mes para adultos para tratar enfermedades o afecciones 	No
Servicios de terapia familiar	Servicios para que las familias tengan sesiones de terapia con un profesional de la salud mental.	Cubrimos, cuando es necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 26 horas por año 	No
* Capacitación familiar para el desarrollo infantil	Servicios para familias de niños con necesidades del comportamiento para la educación para promover el desarrollo del niño.	Cobertura para edades de 0 a 21 años, según la necesidad médica.	No

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
* Programa de primer episodio de psicosis	Servicios de intervención temprana para miembros que experimentan el primer episodio de psicosis.	Cobertura para todas las edades, según la necesidad médica.	Sí
* Terapia funcional familiar	Modelo terapéutico intensivo a corto plazo que ofrece asesoramiento familiar en el hogar para abordar la delincuencia juvenil y los comportamientos problemáticos desde una perspectiva centrada en la familia.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	Sí
Servicios gastrointestinales	Servicios para tratar afecciones, dolencias o enfermedades del estómago o del sistema digestivo.	Cubrimos: • Cubiertos según sea médicamente necesario	Sí
Servicios genitourinarios	Servicios para tratar afecciones, dolencias o enfermedades de los genitales o del sistema urinario.	Cubrimos: • Cubiertos según sea médicamente necesario	Es posible que se requiera autorización previa.

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de terapia de grupo	Servicios para que un grupo de personas tenga sesiones de terapia con un profesional de la salud mental.	<p>Cubrimos, cuando es necesario desde el punto de vista médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 39 horas por año <p>Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación para obtener información adicional.</p>	No
Servicios de audición	Pruebas auditivas, tratamientos y suministros que ayudan a diagnosticar o tratar problemas de audición. Esto incluye audífonos y reparaciones.	<p>Cubrimos las pruebas de audición y lo siguiente según lo recetado por su médico, cuando sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantes cocleares • Un nuevo audífono por oído, una vez cada 3 años • Reparaciones 	Sí

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de salud en el hogar	Servicios de enfermería y asistencia médica que se proporcionan en su casa para ayudarle a manejar o recuperarse de una afección médica, enfermedad o lesión.	<p>Cubrimos, cuando es necesario desde el punto de vista médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 4 visitas por día para las beneficiarias embarazadas y beneficiarios con edades comprendidas entre 0 y 20 años • Hasta 3 visitas por día para todos los demás beneficiarios 	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios para pacientes terminales	Servicios de atención médica, tratamiento y apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que están al final de su vida para ayudar a mantenerles cómodas y sin dolor. Los servicios de apoyo también están disponibles para familiares o cuidadores.	<p>Cubiertos según sea médicamente necesario.</p> <p>Copago: Consulte la información sobre responsabilidad del paciente para obtener información sobre el copago; es posible que tenga responsabilidad como paciente para los servicios de cuidados paliativos, ya sea que viva en su hogar, en un centro o en un centro de enfermería.</p>	No

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de terapia individual	Servicios para que las personas tengan sesiones de terapia personales con un profesional de la salud mental.	Cubrimos, cuando es necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> Hasta 26 horas por año Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación para obtener información adicional.	No
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Atención médica que usted recibe mientras está en el hospital. Esto puede incluir cualquier prueba, medicamento, terapia y tratamiento, visitas de médicos y equipo que se utilice para tratarle.	Cubrimos los siguientes servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados según la edad y la situación, cuando sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> Hasta 365/366 días para beneficiarios de 0 a 20 años Hasta 45 días para todos los demás beneficiarios (hay días adicionales cubiertos para emergencias) 	La admisión requiere autorización previa.
Servicios tegumentarios	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o dolencias de la piel.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	Es posible que se requiera autorización previa.

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
* Programa intensivo para pacientes ambulatorios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias (SUD)	Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios proporcionado a los miembros que trabajan para recuperarse de trastornos de salud mental.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	Sí
Servicios de laboratorio	Servicios que analizan sangre, orina, saliva u otros elementos del cuerpo para detectar afecciones, enfermedades o dolencias.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios médicos de cuidado de acogida	Servicios que ayudan a los niños con problemas de salud que viven en hogares de acogida.	Debe estar bajo la custodia del Departamento de Niños y Familias.	No
Servicios de tratamiento asistido con medicamentos	Servicios utilizados para ayudar a las personas que tienen dificultades con la adicción a las drogas.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	No
Servicios de gestión de medicamentos	Servicios para ayudar a las personas a comprender y tomar las mejores decisiones para tomar medicamentos.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	No

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
* Servicios del programa de hospitalización parcial por salud mental	El tratamiento grupal e individual se proporciona de 4 a 6 horas por día y hasta 5 veces por semana para los miembros que trabajan para recuperarse de trastornos de salud mental.	Cobertura para todas las edades, según la necesidad médica.	Sí
Administración de casos dirigida a la salud mental	Servicios para ayudar a obtener atención de la salud y de salud conductual para personas con enfermedades mentales.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	No
* Servicios móviles de evaluación e intervención ante crisis	Un equipo de profesionales de atención médica que brindan servicios para la salud mental de emergencia, generalmente en el hogar de las personas.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Es posible que se requiera autorización previa.
* Terapia multisistémica	Un servicio intensivo en el hogar, familiar y comunitario para jóvenes que están en riesgo de ser colocados fuera del hogar.	Cobertura para edades de 11 a 17 años.	Sí

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de neurología	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o trastornos que afectan al cerebro, la médula espinal o el sistema nervioso.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios de transporte que no sean de emergencia	Transporte de ida y vuelta para todas sus citas médicas. Esto podría ser en autobús, una furgoneta que pueda transportar personas discapacitadas, un taxi u otro tipo de vehículo.	Cubrimos los siguientes servicios para destinatarios que no tienen transporte: <ul style="list-style-type: none"> • Viajes fuera del estado • Transferencias entre hospitales o establecimientos • Acompañantes cuando sea médicamente necesario 	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios en Centros de Enfermería	Atención médica o de enfermería que usted recibe mientras vive a tiempo completo en un centro de enfermería. Esto puede ser una estadía de rehabilitación a corto plazo o a largo plazo.	Cubrimos 365/366 días de servicios en centros de enfermería según sea médicamente necesario. Copago: Consulte la información sobre Responsabilidad del paciente para obtener información sobre el copago de habitación y comida.	La admisión requiere autorización previa.

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de terapia ocupacional	<p>La terapia ocupacional incluye tratamientos que le ayudan a hacer actividades en su vida diaria, como escribir, alimentarse y usar artículos de la casa.</p>	<p>Cubrimos para niños de 0 a 20 años y para adultos, por debajo del límite de servicios ambulatorios de \$1,500, según sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación inicial al año • Hasta 210 minutos de tratamiento por semana • Una evaluación inicial de silla de ruedas cada 5 años <p>Cubrimos para personas de todas las edades, según sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones de seguimiento de silla de ruedas, una en el momento de la entrega y una 6 meses después 	<p>Sí</p>
Servicios de cirugía bucal	<p>Servicios que proporcionan extracciones de dientes y para tratar otras afecciones, enfermedades o dolencias de la boca y la cavidad bucal.</p>	<p>Cubiertos según sea médicamente necesario.</p>	<p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios ortopédicos	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o dolencias de los huesos o las articulaciones.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	La atención médica que recibe mientras está en el hospital, pero no se queda durante la noche. Esto puede incluir cualquier prueba, medicamento, terapia y tratamiento, visitas de médicos y equipo que se utilice para tratarle.	Los servicios de emergencia están cubiertos según sean médicamente necesarios. Los servicios que no sean de emergencia no pueden costar más de \$1,500 por año para beneficiarios de 21 años o más.	Sí
Servicios para el manejo del dolor	Tratamientos para el dolor duradero que no mejora después de que se hayan proporcionado otros servicios.	Cubiertos según sea médicamente necesario. Es posible que se apliquen algunos límites de servicio.	Sí
* Hospitalización parcial en un hospital	El tratamiento grupal e individual se proporciona de 4 a 6 horas por día y hasta 5 veces por semana para los miembros que trabajan para recuperarse de trastornos de salud mental.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	Sí

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramiento y otros tratamientos para ayudar al cuerpo a fortalecerse y sentirse mejor después de una lesión, enfermedad o debido a una afección médica.	Cubrimos para niños de 0 a 20 años y para adultos, por debajo del límite de servicios ambulatorios de \$1,500, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none">• Una evaluación inicial al año• Hasta 210 minutos de tratamiento por semana• Una evaluación inicial de silla de ruedas cada 5 años Cubrimos para personas de todas las edades, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none">• Evaluaciones de seguimiento de silla de ruedas, una en el momento de la entrega y una 6 meses después	Sí

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de podiatría	Atención médica y otros tratamientos para los pies.	Cubrimos según sea necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 24 visitas al consultorio por año • Cuidado de pies y uñas • Radiografías y otras imágenes de diagnóstico del pie, el tobillo y la parte inferior de la pierna • Cirugía en el pie, el tobillo o la parte inferior de la pierna 	No
Servicios de medicamentos recetados	Este servicio es para los medicamentos que le receta un médico u otro proveedor de atención médica.	Cubrimos según sea necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> • Un suministro de hasta 34 días de medicamentos por receta • Resurtidos, según lo recetado 	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios de enfermería privada	Servicios de enfermería en el hogar para personas de 0 a 20 años de edad que necesitan atención constante.	Cubrimos según sea necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 24 horas por día 	Sí

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
* Servicios hospitalarios especializados en psiquiatría	Servicios de salud mental de emergencia que se brindan en un centro que no es un hospital regular.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicios de pruebas psicológicas	Pruebas utilizadas para detectar o diagnosticar problemas de memoria, CI u otras áreas.	Cubrimos según sea necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> • 10 horas de pruebas psicológicas al año Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación para obtener información adicional.	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios de rehabilitación psicosocial	Servicios para ayudar a las personas a volver a adaptarse a la vida cotidiana. Incluyen ayuda con actividades básicas como cocinar, administrar dinero y realizar tareas domésticas.	Cubrimos según sea necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 480 horas por año 	No
Servicios de radiología y medicina nuclear	Servicios que incluyen imágenes como radiografías, imágenes por resonancia magnética o tomografías computarizadas. También incluyen radiografías portátiles.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	Sí

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de un centro regional de cuidados intensivos perinatales	Servicios proporcionados a mujeres embarazadas y recién nacidos en hospitales que tienen centros de atención especiales para atender afecciones graves.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	La admisión requiere autorización.
Servicios reproductivos	Servicios para mujeres embarazadas o que desean quedar embarazadas. También incluyen servicios de planificación familiar que proporcionan medicamentos y suministros anticonceptivos para ayudarle a planificar el tamaño de su familia.	Cubrimos los servicios de planificación familiar médicamente necesarios. Puede obtener estos servicios y suministros de cualquier proveedor de Medicaid; no tienen que formar parte de nuestro Plan. No necesita aprobación previa para estos servicios. Estos servicios son gratuitos. Estos servicios son voluntarios y confidenciales, incluso si tiene menos de 18 años.	No
Servicios respiratorios	Servicios que tratan afecciones, enfermedades o dolencias de los pulmones o del sistema respiratorio.	Cubrimos, cuando es necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas respiratorias • Procedimientos quirúrgicos respiratorios • Gestión de dispositivos respiratorios 	Es posible que se requiera autorización previa.

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de terapia respiratoria	Servicios para beneficiarios de 0 a 20 años para ayudarles a respirar mejor mientras reciben tratamiento por una afección, enfermedad o dolencia respiratoria.	Cubrimos, cuando es necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación inicial al año • Una nueva evaluación de la terapia cada 6 meses • Hasta 210 minutos de tratamientos terapéuticos por semana (máximo de 60 minutos por día) 	Es posible que se requiera autorización previa.
* Servicios de autoayuda y de pares	Servicios para ayudar a las personas que se están recuperando de una adicción o enfermedad mental.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	No
Servicios terapéuticos especializados	Servicios prestados a niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o trastornos por consumo de sustancias.	Cubrimos lo siguiente médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones • Servicios de cuidado de acogida • Servicios en hogares grupales 	Sí

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de patologías del habla y del lenguaje	Los servicios que incluyen pruebas y tratamientos le ayudan a hablar o tragar mejor.	Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios para niños de 0 a 20 años: <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos y servicios de comunicación • Hasta 210 minutos de tratamiento por semana • Una evaluación inicial al año Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios para adultos: <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación de la comunicación cada 5 años 	Sí
Servicios del programa estatal para pacientes psiquiátricos hospitalizados	Servicios para niños con enfermedades mentales graves que necesitan tratamiento en el hospital.	Cubierto según sea médicamente necesario para niños de 0 a 20 años.	Sí
* Programa intensivo para pacientes ambulatorios para tratar el abuso de sustancias	Tratamiento proporcionado durante más de 3 horas por día, varios días a la semana, para personas que se están recuperando del trastorno por consumo de sustancias.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Es posible que se requiera autorización previa.

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
* Servicios de tratamiento residencial a corto plazo por abuso de sustancias	Tratamiento para personas que se están recuperando de los trastornos por abuso de sustancias.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Es posible que se requiera autorización previa.
* Servicios de alquiler de vivienda para personas en riesgo de quedarse sin hogar y con enfermedades mentales graves (SMI) y trastornos por consumo de sustancias (SUD)	Servicios para ayudar a los miembros que se están recuperando de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias, proporcionados a miembros con afecciones por consumo de sustancias o de salud mental para apoyar el aumento de la capacidad de los miembros para mantener la vivienda.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	No
Servicios terapéuticos conductuales en el lugar	Servicios proporcionados por un equipo para evitar que niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o problemas de salud conductual sean internados en un hospital u otro establecimiento.	Cubrimos servicios médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 9 horas al mes Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación para obtener información adicional.	No
Servicios de trasplante	Servicios que incluyen toda la cirugía y atención pre- y posquirúrgica.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	Sí

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de Asistencia Médica Administrada

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de ayuda visual	Las ayudas visuales son elementos como anteojos, lentes de contacto y ojos protésicos (postizos).	Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios cuando sean prescritos por su médico: <ul style="list-style-type: none">• 2 pares de anteojos para niños de 0 a 20 años• 1 marco cada 2 años y 2 lentes cada 365 días para adultos a partir de los 21 años• Lentes de contacto• Prótesis oculares	No
Servicios de atención oftalmológica	Servicios que prueban y tratan afecciones, enfermedades y dolencias de los ojos.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	No

Los beneficios de su plan: Caminos hacia la prosperidad

El Plan evaluará a los miembros que puedan tener dificultades para el empleo, la autosuficiencia económica y la independencia para que puedan acceder a servicios de coordinación de la atención y administración de casos, y a las necesidades sociales relacionadas con la salud, como asistencia para vivienda, sostenibilidad alimentaria, capacitación profesional y servicios de apoyo educativo.

Sección 14:

Información útil del programa de Atención a Largo Plazo (LTC)

(Lea esta sección si está en el programa de Atención a Largo Plazo. Si no lo está, vaya a la Sección 16)

Servicios iniciales

Es importante que le conozcamos para asegurarnos de que reciba la atención que necesita. Su administrador de casos programará un horario para acudir a su casa o centro de enfermería para reunirse con usted.

En esta primera visita, su administrador de casos le informará sobre el programa de Atención a Largo Plazo y nuestro plan. También le hará preguntas acerca de lo siguiente:

- Su salud,
- Cómo se cuida,
- Cómo pasa el tiempo,
- Quién ayuda a cuidar de usted, y
- Otras cuestiones.

Estas preguntas constituyen su **evaluación inicial**. La evaluación inicial nos ayuda a saber qué necesita para vivir de forma segura en su casa. También nos ayuda a decidir qué servicios le ayudarán más.

Desarrollo de un plan de atención

Antes de que pueda comenzar a recibir servicios en virtud del programa de Atención a Largo Plazo, debe tener un **plan de atención centrado en la persona (plan de atención)**. Su administrador de casos realiza su plan de atención con usted. Su plan de atención es el documento que le informa todo sobre los servicios que recibe de nuestro programa de Atención a Largo Plazo. Su administrador de casos hablará con usted y con cualquier familiar o cuidador que usted desee incluir para decidir qué servicios de Atención a Largo Plazo le ayudarán. Utilizarán la evaluación inicial y otra información para elaborar un plan personalizado para usted. Su plan de atención le dirá lo siguiente:

- Qué servicios recibe
- Quién proporciona su servicio (sus proveedores de servicios)
- Con qué frecuencia obtiene un servicio
- Cuando se inicia un servicio y cuando finaliza (si tiene una fecha de finalización)
- Lo que sus servicios están intentando ayudarlo a hacer. Por ejemplo, si necesita ayuda para realizar tareas domésticas ligeras en toda la casa, su plan de atención le dirá que un proveedor de cuidados para acompañantes adultos viene 2 días a la semana para ayudar con sus tareas domésticas ligeras.
- Cómo funcionan sus servicios de Atención a Largo Plazo con otros servicios que usted obtiene fuera de nuestro Plan, como Medicare, su iglesia u otros programas federales
- Sus **objetivos personales**

No solo queremos asegurarnos de que viva de forma segura. También queremos asegurarnos de que esté feliz y se sienta conectado con su comunidad y otras personas. Cuando su administrador de casos esté elaborando su plan de atención, le preguntará por cualquier **objetivo personal** que pueda tener. Puede ser cualquier cosa, pero queremos asegurarnos de que sus servicios de Atención a Largo Plazo le ayuden a lograr sus objetivos. Algunos ejemplos de objetivos personales incluyen:

- Caminar durante 10 minutos todos los días
- Llamar a un ser querido una vez a la semana
- Ir al centro de personas mayores una vez a la semana
- Traslado de un centro de enfermería a un centro de vivienda asistida

Usted o su **representante autorizado** (alguien en quien confíe y a quien se le permita hablarnos sobre su atención) deben firmar su plan de atención. Así es como usted demuestra que está de acuerdo con los **servicios de su plan de atención**.

Su administrador de casos le enviará a su Médico de Cabecera una copia de su plan de atención. También lo compartirá con sus otros proveedores de atención médica.

¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787, TTY 711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233, TTY 711**.

Actualización de su plan de atención

Cada mes, su administrador de casos le llamará para ver cómo van sus servicios y cómo se encuentra. Si se realiza algún cambio, actualizará su plan de atención y le entregará una nueva copia.

Su administrador de casos vendrá a verle en persona para revisar su plan de atención cada 90 días (o aproximadamente 3 meses). Este es un buen momento para hablarle sobre sus servicios, lo que funciona y lo que no funciona para usted, y cómo van sus objetivos. Él o ella actualizará su plan de atención con cualquier cambio. Cada vez que cambie su plan de atención, usted o su representante autorizado deben firmarlo.

Recuerde que puede llamar a su administrador de casos en cualquier momento para hablar sobre problemas que tenga, cambios en su vida u otras cuestiones. Su administrador de casos o un representante del plan de salud están a su disposición cuando los necesite.

Su plan de respaldo

Su administrador de casos le ayudará a elaborar un **plan de respaldo**. Un plan de respaldo le indica qué hacer si un proveedor de servicios no se presenta a prestar un servicio. Por ejemplo, su asistente de salud domiciliaria no acudió para ayudarle a bañarse.

Recuerde que si tiene algún problema para obtener sus servicios, debe llamar a su administrador de casos.

Sección 15:

Beneficios de su plan: servicios de Atención a Largo Plazo

La siguiente tabla enumera los servicios de Atención a Largo Plazo cubiertos por nuestro plan. Recuerde que los servicios deben ser médicamente necesarios para que los paguemos.⁷

Si hay cambios en los servicios cubiertos u otros cambios que le afectarán, le notificaremos por escrito al menos 30 días antes de la fecha en que entre en vigencia el cambio.

Si tiene alguna pregunta sobre alguno de los servicios de Atención a Largo Plazo cubiertos, llame a su administrador de casos o a Servicio al Cliente.

Servicio	Descripción	Autorización previa
Cuidado de acompañante para adultos	Este servicio le ayuda a preparar comidas, lavar la ropa y realizar tareas domésticas ligeras.	Sí
Atención de la salud diurna para adultos	Supervisión, programas sociales y actividades que se realizan en un centro diurno para adultos durante el día. Si está allí durante las horas de las comidas, puede comer allí.	Sí
Servicios de cuidado asistido	Estos son servicios para las 24 horas si vive en un hogar de cuidado familiar para adultos.	Sí

⁷ Puede encontrar una copia de la política de cobertura del Programa Estatal de Atención Administrada a Largo Plazo de Medicaid en http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/Specific/59G-4.192_LTC_Program_Policy.pdf.

Sección 15: Beneficios de su plan: servicios de Atención a Largo Plazo

Servicio	Descripción	Autorización previa
Residencia asistida	Estos son servicios que generalmente se proporcionan en un centro de vivienda asistida. Los servicios pueden incluir limpieza, ayuda para bañarse, vestirse y comer, asistencia con medicamentos y programas sociales.	Sí
Cuidado de auxiliar de enfermería	Servicios de enfermería y asistencia médica que se proporcionan en su casa para ayudarle a manejar o recuperarse de una afección médica, enfermedad o lesión.	Sí
Control de la conducta	Servicios para necesidades de salud mental o abuso de sustancias.	Sí
Capacitación para el cuidador	Capacitación y asesoramiento para las personas que ayudan a cuidar de usted.	Sí
Coordinación de la atención/ Administración de casos	Servicios que le ayudan a obtener los servicios y la asistencia que necesita para vivir de forma segura e independiente. Esto incluye tener un administrador de casos y elaborar un plan de atención que enumere todos los servicios que necesita y recibe.	Sí
Servicios de accesibilidad/ adaptación en el hogar	Este servicio realiza cambios en su hogar para ayudarle a vivir y moverse en su hogar de manera segura y más fácil. Puede incluir cambios como instalar barras de apoyo en el baño o un asiento especial para el inodoro. No incluye cambios importantes como alfombras nuevas, reparaciones de techos, sistemas de fontanería, etc.	Sí
Comidas con entrega a domicilio	Este servicio le ofrece comidas saludables en su hogar.	Sí

78 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 15: Beneficios de su plan: servicios de Atención a Largo Plazo

Servicio	Descripción	Autorización previa
Servicios domésticos	Este servicio le ayuda con las actividades generales del hogar, como la preparación de comidas y las tareas domésticas de rutina.	Sí
Centro de Cuidados para Enfermos Terminales	Servicios de atención médica, tratamiento y apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que están al final de su vida para ayudar a mantenerles cómodas y sin dolor. Los servicios de apoyo también están disponibles para familiares o cuidadores.	Sí
Enfermería intermitente y especializada	Ayuda de enfermería adicional si no necesita supervisión de enfermería todo el tiempo o la necesita en un horario regular.	Sí
Suministros y equipos médicos	El equipo médico se utiliza para ayudar a controlar y tratar una afección, enfermedad o lesión. El equipo médico se usa una y otra vez, e incluye artículos como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, andadores y demás. Los suministros médicos se utilizan para tratar y manejar afecciones, enfermedades o lesiones. Los suministros médicos incluyen artículos que se usan y luego se desechan, como vendas, pañales y demás insumos.	Sí
Administración de medicamentos	Ayuda para tomar medicamentos si no puede tomarlos usted mismo.	Sí
Control de medicamentos	Una revisión de todos los medicamentos de venta libre y recetados que está tomando.	Sí

Sección 15: Beneficios de su plan: servicios de Atención a Largo Plazo

Servicio	Descripción	Autorización previa
Servicios de evaluación nutricional/ Reducción del riesgo	Educación y apoyo para usted y su familia o cuidador sobre su dieta y los alimentos que necesita comer para mantenerse saludable.	Sí
Servicios en Centros de Enfermería	Los servicios cubiertos en un centro 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.	Sí
Atención personal	Estos son servicios a domicilio para ayudarlo con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Bañarse • Vestirse • Alimentación • Higienizarse 	Sí
Sistemas de respuesta ante emergencia personal (PERS)	Un dispositivo electrónico que puede usar o mantener cerca de usted y que le permite llamar para solicitar ayuda de emergencia en cualquier momento.	Sí
Atención de relevo	Este servicio permite a sus cuidadores tomarse un breve descanso. Puede utilizar este servicio en su hogar, en un centro de vivienda asistida o en un centro de enfermería.	Sí
Terapia Ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que le ayudan a hacer actividades en su vida diaria, como escribir, alimentarse y usar artículos de la casa.	Sí

Sección 15: Beneficios de su plan: servicios de Atención a Largo Plazo

Servicio	Descripción	Autorización previa
Fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramiento y otros tratamientos para ayudar al cuerpo a fortalecerse y sentirse mejor después de una lesión, enfermedad o debido a una afección médica.	Sí
Terapia respiratoria	La terapia respiratoria incluye tratamientos que le ayudan a respirar mejor.	Sí
Terapia del Habla	La terapia del habla incluye pruebas y tratamientos que le ayudan a hablar o tragar.	Sí
* Cuidados estructurados de la familia	Servicios proporcionados en su hogar para ayudarle a vivir en casa en lugar de en un centro de enfermería.	Podemos ofrecer la opción de utilizar este servicio en lugar de los servicios de centros de enfermería.
transporte	Transporte hacia y desde todos los servicios del programa de Atención a Largo Plazo. Esto podría ser en autobús, una furgoneta que pueda transportar personas discapacitadas, un taxi u otro tipo de vehículo.	Sí

Opción de Atención a Largo Plazo Dirigida por el Participante (PDO)

Es posible que se le ofrezca la Opción de Atención Dirigida por el Participante (Participant Direction Option, PDO). Puede utilizarla si emplea cualquiera de estos servicios y vive en su casa:

- Servicios de atención de un auxiliar
- Servicios domésticos
- Servicios de cuidado personal
- Servicios de compañía para adultos
- Servicios de atención de enfermería intermitente y especializada

La Opción de Atención Dirigida por el Participante le permite **autodirigir** sus servicios. Esto significa que puede elegir su proveedor de servicios y cómo y cuándo recibe su servicio. Tiene que contratar, formar y supervisar a las personas que trabajan para usted (sus trabajadores de servicio directo).

Puede contratar a familiares, vecinos o amigos. Trabjará con un administrador de casos que puede ayudarle con la Opción de Atención Dirigida por el Participante.

Si le interesa la Opción de Atención Dirigida por el Participante, pídale más detalles a su administrador de casos. También puede solicitar una copia de las Directrices de la Opción de Atención Dirigida por el Participante para leer y ayudarle a decidir si esta opción es adecuada para usted.

* La Opción de Dirección del Participante no es una opción disponible para los participantes en el programa de Exención por Discapacidad Intelectual y del Desarrollo.

Sección 16:

Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Los beneficios ampliados son bienes o servicios adicionales que le proporcionamos sin cargo. Llame a Servicio al Cliente o a su administrador de casos para preguntar cómo obtener beneficios ampliados.

Beneficios ampliados: Atención médica y a largo plazo			
Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) y suministros	Asignación para comprar productos de venta libre.	El Plan de cuidado administrado proporcionará un límite mensual de beneficios de OTC de sesenta y cinco dólares (\$65) por hogar.	No
Servicios de ayuda visual para adultos	Lentes de contacto, marcos, examen de la vista.	Lentes de contacto: suministro para 6 meses con receta; marcos, examen de la vista: 1 por año. Para miembros mayores de 21 años.	No
Servicios adicionales de atención primaria para adultos	Visitas al Médico de Cabecera.	Sin límite. Para miembros mayores de 21 años.	No

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios prenatales	Sacaleches de grado hospitalario; sacaleches; manejo del parto; atención posparto.	Máximo de 1 por año (alquiler, se requiere una autorización previa); 1 cada 2 años (alquiler, no se requiere una autorización previa); 14 visitas para embarazos de bajo riesgo y 18 visitas para embarazos de alto riesgo; 3 visitas en un plazo de 90 días posteriores al parto y 1 visita para el bienestar de la mujer entre los 90 días y los 12 meses posteriores al parto en preparación para volver al centro médico de atención primaria. Para miembros mayores de 21 años.	No
Servicios de Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros	Monitor de presión arterial automático.	Para miembros mayores de 21 años.	No

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Fisioterapia para adultos	Evaluación de fisioterapia; reevaluación de fisioterapia; visita de tratamiento de fisioterapia; aplicación de yesos o vendajes; evaluación y ajuste de silla de ruedas por parte de un fisioterapeuta.	Una evaluación por año, hasta 7 unidades de tratamiento terapéutico por semana. Para miembros mayores de 21 años.	Sí
Circuncisión del recién nacido	Circuncisión neonatal.	Uno por vida. El bebé de sexo masculino está cubierto hasta los 28 días de vida.	No
Servicios de audición para adultos	Pruebas auditivas, tratamientos y suministros que ayudan a diagnosticar o tratar problemas de audición. Esto incluye audífonos y reparaciones.	Uno cada 2 años. Para miembros mayores de 21 años.	Sí
Terapia ocupacional para adultos	Evaluación de terapia ocupacional de complejidad baja a alta; reevaluación de terapia ocupacional; visita de tratamiento de terapia ocupacional; aplicación de yeso o vendajes; evaluación y ajuste de silla de ruedas por parte de un terapeuta ocupacional.	Una evaluación por año, hasta 7 unidades de tratamiento terapéutico por semana. Para miembros mayores de 21 años.	Sí

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Beneficios ampliados: Salud materna: desde el embarazo hasta el posparto			
Grupo de apoyo virtual Wellhop	Conversaciones grupales por video.	Conversaciones grupales por video con un intermediario capacitado y miembros que cursan la misma etapa de gestación. Información basada en evidencia sobre el embarazo y el posparto, artículos educativos, videos, pódcast y más. Para miembros mayores de 13 años.	No
Programa de doula de apoyo de pares	Apoyo de pares certificados en salud conductual (Behavioral Health, BH) y trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD).	Acceso a servicios de apoyo de pares certificados en BH y SUD que cuentan con capacitación y certificación como doulas de maternidad para apoyar a embarazadas que viven con SUD y SMI durante los procesos de embarazo y posparto para mejorar la salud y el bienestar. Para miembros mayores de 13 años.	Solo notificación

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Programa de doula	<p>Visita a domicilio para el control y la evaluación prenatal que incluye ritmo cardíaco fetal, cardiotocografía en reposo, monitoreo uterino y monitoreo de la diabetes gestacional. Visita a domicilio para una evaluación postnatal y atención de seguimiento. Visita a domicilio para la atención y evaluación del recién nacido. Servicio o procedimiento de visita a domicilio no incluido.</p>	<p>Las doulas son profesionales de apoyo no clínicas que brindan apoyo emocional, informativo y físico antes, durante y después del trabajo de parto. Ayudan con técnicas de relajación, ejercicios de respiración, masajes, sugerencias de posicionamiento y otras medidas para la comodidad, al mismo tiempo que brindan educación sobre las opciones para el parto y el manejo del dolor. Apoyo proporcionado antes, durante y después del embarazo.</p> <p>Para miembros mayores de 13 años.</p>	Solo notificación
Recompensas de Babyscripts y Healthy First Steps®	Recompensas para miembros por los hitos del bebé saludable.	<p>El programa finaliza 15 meses después del parto. Los miembros reciben recompensas cuando alcanzan determinados hitos, con tarjetas de regalo y artículos relacionados con el bebé cuyo valor oscila entre \$10 y \$30.</p> <p>Para miembros mayores de 13 años.</p>	No

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Paquete de inicio de pañales	Asistencia con pañales.	Madres primerizas durante los primeros 12 meses, después del parto. Máximo de \$50 para pañales, una vez por niño. Para miembros mayores de 13 años.	No
Beneficios ampliados: Niños y adolescentes con una enfermedad mental grave o trastorno por consumo de sustancias			
Equipo médico duradero específico para la afección	Equipos médicos duraderos.	Equipo médico duradero y otros suministros para ayudar a los niños a controlar sus síntomas, como mantas con peso adicional o alarmas de enuresis. Con un límite de \$100 anuales. Para miembros de hasta 18 años.	No
Juguetes sensoriales para niños que sufren TDAH	Juguetes sensoriales.	Los juguetes sensoriales pueden ayudar a los niños con TDAH en la concentración, relajación y el desarrollo general. Para miembros de 6 a 14 años.	No

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Fondo flexible para jóvenes en edad de transición (Transitional Age Youth, TAY)	Gastos imprevistos como asistencia en efectivo para depósitos de alquiler, alquiler, servicios públicos, gastos de mudanza, etc.	Proporciona un máximo de \$250 por año para respaldar la finalización de los servicios de atención de la salud necesarios y requeridos a través de la conectividad virtual, con el criterio de que el miembro debe tener un nivel de riesgo de salud emergente o superior, y el apoyo debe ayudar a fortalecer su sistema natural de atención. Para miembros de 14 a 25 años.	Sí

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Beneficios ampliados: Niños con necesidades médicas complejas que actualmente viven en un centro de enfermería especializada			
<p>Beneficio de asistencia para la transición desde un centro de enfermería</p>	<p>UnitedHealthcare Community Plan ofrece un beneficio de transición desde un centro de enfermería para ayudar a las familias de niños que viven en un centro a llevar a sus hijos al hogar. El beneficio proporcionará asistencia a los niños y sus familias para ayudar a superar las barreras que impiden que el niño viva en su hogar con su familia.</p> <p>Este beneficio está disponible para las personas que actualmente residen en un centro de enfermería y tienen menos de 21 años o para aquellas que tienen menos de 30 años y han vivido en un centro de enfermería desde antes de cumplir 21 años.</p> <p>El beneficio de Transición desde un centro de enfermería puede incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renovaciones en el hogar • Compra de un generador para proporcionar energía a equipo médico durante apagones • Ampliaciones en el hogar para brindarle al niño el espacio necesario para todo el equipo médico y sus necesidades de atención • Ampliación de un baño accesible • Adaptaciones o compra de un vehículo equipado para cumplir con las necesidades de transporte del niño • Depósitos para ayudar con la transición (como depósitos de garantía de alquiler o tarifas de mudanza) • Reparaciones o servicios en el hogar para garantizar un espacio de vida saludable • Financiamiento para ayudar con los costos de mudanza <p>Los miembros elegibles pueden recibir hasta \$75,000 para ayudar con la transición a su hogar. Este beneficio es único en la vida.</p> <p>Debe hablar con su administrador de casos si cree que este beneficio puede ayudar. Este puede brindarle más información y ayudarlo a determinar qué hacer a continuación.</p> <p>Si necesita asistencia para comunicarse con su administrador de casos, llame a Servicio al Cliente al 1-888-716-8787, TTY 711, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.</p>		

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Beneficios ampliados: miembros en un entorno de servicios basados en el hogar y la comunidad (Home- and Community-Based, HCBS), como personas con discapacidades del desarrollo, disautonomía familiar o personas en entornos de atención de largo plazo			
Centro de vivienda asistida/hogar de cuidado familiar para adultos: días de reserva de cama	Hasta 30 días de reserva de cama.	Este beneficio permite a los miembros que se ausentan temporalmente de su centro de rehabilitación, centro de vivienda asistida u hogar de cuidado familiar para adultos para conservar su cama durante un máximo de 30 días de manera que el miembro no pierda su lugar en el centro. Para miembros mayores de 18 años.	Sí
Terapia individual para los cuidadores	Terapia de salud conductual.	Hasta 2 sesiones de servicios terapéuticos conductuales por año calendario. Para miembros mayores de 18 años.	No

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Asistencia para la transición de un centro de enfermería a un entorno comunitario	Asistencia para la transición.	Apoyamos a los miembros que hacen la transición a un entorno comunitario al proporcionar artículos esenciales para el hogar, como muebles, equipo de seguridad o asistencia para asegurar la vivienda. Hasta un máximo de \$5,000 por miembro de por vida. Para miembros mayores de 18 años.	Sí
Transporte para cuidadores	Transporte.	Los cuidadores de miembros en un entorno de HCBS pueden acceder a 4 viajes de ida o de vuelta para visitar a un miembro que reside en un centro de enfermería o de vivienda asistida. Para miembros mayores de 18 años.	Sí

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Careforth para cuidadores	Apoyo para los cuidadores.	<p>Los asesores de Careforth diseñan un programa centrado en la persona para cada miembro después de evaluar el conocimiento, las habilidades y las necesidades del cuidador y los riesgos para la salud y los desafíos conductuales del miembro. Los cuidadores de los miembros en un entorno de HCBS tienen acceso a recomendaciones clínicas, servicios y orientación de apoyo para cuidadores.</p> <p>Para miembros mayores de 18 años.</p>	No
Masaje terapéutico	Masaje terapéutico para mejorar la salud y el bienestar.	<p>Terapia de compresas frías y calientes. Terapia neuromuscular Masaje de 15 minutos, que incluye movilización, manipulación, drenaje linfático manual, tracción manual, 1 o más zonas; masaje de 15 minutos, que incluye las técnicas effleurage, petrissage y tapotement.</p> <p>Para miembros mayores de 21 años.</p>	Sí

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Asesoramiento nutricional	Visitas con un nutricionista para ayudar con un plan de nutrición y hábitos alimenticios saludables.	Un enfoque integral de los servicios de terapia nutricional médica (Medical Nutrition Therapy, MNT), proporcionados por nutricionistas matriculados u otros profesionales de atención médica calificados. Este programa evalúa el estado nutricional de un miembro y desarrolla planes nutricionales personalizados mientras le brinda educación sobre los hábitos alimenticios saludables. Tres visitas de MNT por año, no más de 1 unidad por día. Para miembros mayores de 21 años.	Sí

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Acupuntura	Una alternativa no tradicional para el manejo del dolor.	<p>Una o más agujas, sin estimulación eléctrica, inicial de 15 minutos de contacto personal individual con el paciente. 15 minutos adicionales de contacto personal individual con el paciente, con re inserción de agujas.</p> <p>Una o más agujas, con estimulación eléctrica, inicial de 15 minutos de contacto personal individual con el paciente.</p> <p>Para miembros mayores de 21 años.</p>	Sí

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Beneficios ampliados: Beneficios generales ampliados			
Exención de Copagos	No hay copagos por determinados servicios.	Para miembros de 21 años o más, no hay copagos por servicios de quiroprácticos, servicios comunitarios de salud conductual, servicios de salud domiciliaria, servicios ambulatorios hospitalarios, visitas a centros de salud calificados a nivel federal, servicios de laboratorio independientes, servicios de transporte que no sean de emergencia, servicios de enfermería especializada, servicios de optometrista, servicios de médicos y asistentes médicos, servicios de podólogos, servicios de radiografía portátiles, visitas a clínicas de salud rurales, y el uso del departamento de emergencias del hospital para servicios que no sean de emergencias.	N/C

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios quiroprácticos	Una alternativa no tradicional para el manejo del dolor que implica la manipulación de la columna vertebral.	Sin límite con autorización previa. Para miembros mayores de 21 años. Este beneficio elimina los límites servicios quiroprácticos para los servicios cubiertos por los beneficios del plan de Asistencia Médica Administrada.	Sí
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Sin límites para: TEP, servicios de farmacia, profesional, fisioterapia, terapia ocupacional, servicios de radiología, servicios odontológicos de rutina, estudios del sueño, terapia del habla, servicios de esterilización, suministros: cirugía médica, radiología terapéutica, terapéutica, trasplante, servicios de tratamiento/sala de observación y servicios de atención de urgencia.	Sin límite con autorización previa. Para miembros mayores de 21 años.	Sí

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicio de teléfono celular	En asociación con Assurance Wireless y a través del programa federal Lifeline, se ofrecen teléfonos inteligentes y paquetes de servicios gratuitos.	Teléfono celular nuevo de bajo costo. O puede traer su teléfono propio. Llamadas y mensajes de texto ilimitados; 10 GB de datos. Para miembros mayores de 18 años.	Sí
Administración focalizada	Administración focalizada de casos.	Sin límite. Para miembros mayores de 21 años.	No
Servicios de evaluación y prueba: conductual	Varios códigos de evaluación y prueba.	Sin límite. Para miembros mayores de 21 años.	No
Servicios diurnos, tratamiento diurno de salud conductual	Servicios diurnos de salud conductual y tratamiento diurno, servicios de cuidado diurno, adultos: por día.	Sin límite. Para miembros mayores de 21 años.	Sí
Servicios médicos de salud conductual (examen de detección de drogas)	Servicios médicos de salud conductual (recolección de muestras para la detección de alcohol y otras drogas).	Sin límite. Para miembros mayores de 21 años.	No
Servicios médicos de salud conductual (gestión de medicamentos)	Control de medicamentos.	Sin límite. Para miembros mayores de 21 años.	No

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios médicos de salud conductual (interacción verbal)	Servicios médicos de salud conductual (interacción verbal), salud mental/abuso de sustancias.	Sin límite. Para miembros mayores de 21 años.	No
Servicios de evaluación de detección de salud conductual	Servicios de evaluación de detección de salud conductual.	Sin límite. Para miembros mayores de 21 años.	No
Servicios de tratamiento asistido con medicamentos	Servicios por consumo de alcohol o drogas; administración o servicio de metadona (suministro del medicamento por parte de un programa autorizado).	Sin límite. Para miembros mayores de 21 años.	No
Rehabilitación psicosocial	Servicios de rehabilitación psicosocial.	Sin límite. Para miembros mayores de 21 años.	No

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Terapia del Habla	Varios códigos de evaluación y prueba.	<p>Una evaluación por año, hasta 7 unidades de tratamiento terapéutico por semana.</p> <p>Una evaluación por año, hasta 4 sesiones de 30 minutos de ajuste y formación en Comunicación Aumentativa y Alternativa (Augmentative and Alternative Communication, AAC) por año.</p> <p>Para miembros mayores de 21 años.</p>	Sí
Terapia/ Psicoterapia (grupal)	Terapia grupal, terapia médica grupal breve.	<p>Sin límite.</p> <p>Para miembros mayores de 21 años.</p>	No
Terapia/ Psicoterapia (individual/ familiar)	Terapia individual y familiar, psicoterapia individual breve, capacitación y servicios educativos relacionados con la atención y el tratamiento de los problemas de salud mental incapacitantes del paciente por sesión (45 minutos o más).	<p>Sin límite.</p> <p>Para miembros mayores de 21 años.</p>	No

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios privados de enfermería (Private Duty Nursing, PDN): Careforth, transporte y transiciones al entorno comunitario	Asistencia para la transición.	<p>Apoyamos a los miembros que hacen la transición a un entorno comunitario al proporcionar artículos esenciales para el hogar, como muebles, equipo de seguridad o asistencia para asegurar la vivienda, hasta un máximo de \$10,000 por miembro de por vida. Se requiere autorización previa. Los cuidadores de miembros en un entorno de HCBS pueden acceder a 4 viajes de ida o de vuelta para visitar a un miembro que reside en un centro de enfermería o de vivienda asistida. Los asesores de Careforth diseñan un programa centrado en la persona para cada miembro después de evaluar el conocimiento, las habilidades y las necesidades del cuidador y los riesgos para la salud y los desafíos conductuales del miembro. Los cuidadores de los miembros en un entorno de HCBS tienen acceso a recomendaciones clínicas, servicios y orientación de apoyo para cuidadores.</p> <p>Para miembros mayores de 18 años.</p>	Sí

¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al 101 1-888-716-8787, TTY 711 o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al 1-800-791-9233, TTY 711.

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Visita a domicilio por parte de un trabajador social clínico	Varios.	Una visita adicional por día. Para miembros mayores de 21 años.	No
Beneficios ampliados: caminos hacia la prosperidad			
Asistencia para la vivienda	Servicios que apoyan a un miembro en la preparación y transición a la vivienda.	Asistencia para todos los miembros que buscan una vivienda segura y estable.	No
Asistencia para la vivienda	Apoyo entre pares que promueven las habilidades para afrontar y manejar los síntomas mientras se utilizan los recursos naturales y la preservación y mejora de las habilidades para vivir en comunidad con la asistencia de un especialista en apoyo entre pares.	Apoyo entre pares para promover las habilidades para satisfacer y manejar las necesidades de vivienda.	No
Asistencia para la vivienda	Gastos imprevistos como asistencia en efectivo para depósitos de alquiler, alquiler, servicios públicos, gastos de mudanza, etc.	Cubrir gastos imprevistos por única vez, como avisos de cortes, gastos de mudanza, depósitos de alquiler, servicios públicos, etc.	No

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Asistencia alimentaria	Comidas grupales de nutrición médica por día; no se especifica lo contrario.	Miembros diagnosticados con SMI que reciben el alta de un hospital o centro, acceso a 14 comidas con entrega a domicilio por año.	No
Asistencia alimentaria	Comidas grupales de nutrición médica por día; no se especifica lo contrario.	Madres primerizas que regresan a casa después de dar a luz. Acceso a 14 comidas con entrega a domicilio por año.	No
Asistencia alimentaria	Comidas grupales de nutrición médica por día; no se especifica lo contrario.	Miembros con un diagnóstico primario de insuficiencia cardíaca congestiva (congestive heart failure, CHF), diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (chronic obstructive pulmonary disease, COPD), cáncer y dados de alta recientemente de una hospitalización. Acceso a 14 comidas con entrega a domicilio por año.	No

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Transporte no médico	Asistencia de transporte no médico para personas que buscan empleo.	Asistencia de transporte más allá de los servicios requeridos que no sean de emergencia para adultos mayores de 18 años. Los viajes deben aprobarse y deben ser dentro de un radio de 30 millas del hogar del miembro; 20 viajes de ida o 10 viajes de ida y vuelta por año.	No
Transporte no médico	Abono de transporte público tras el empleo.	Estipendio de abono de autobús de sesenta días una vez asegurado el empleo, una vez al año para adultos mayores de 18 años.	No
Transporte no médico	Tarjeta de recompensa para la gasolina: sin transporte público después del empleo.	Tarjeta de recompensa para la gasolina (\$50) una vez asegurado el empleo en zonas donde el transporte público no está disponible. Para adultos de 18 años o más.	No

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Tutoría, capacitación vocacional o preparación para el trabajo	Programa de desarrollo educativo general (General Educational Development, GED).	<p>GEDWorks: Pruebas de desarrollo educativo general, asesores educativos, marcos de estudio y preparación para los exámenes.</p> <p>Materiales de estudio y pruebas disponibles en inglés y español.</p> <p>Para miembros mayores de 18 años.</p>	No
Tutoría, capacitación vocacional o preparación para el trabajo	Goodwill.	<p>Goodwill: Servicios de asesoramiento laboral, asistencia técnica y apoyo a las personas que buscan trabajo para encontrar empleo o mejorar las carreras profesionales de los miembros. Acceso a asesores de carreras profesionales que conectan a los miembros con los empleadores de su comunidad.</p> <p>Para miembros mayores de 18 años.</p>	No

Sección 16: Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Tutoría, capacitación vocacional o preparación para el trabajo	My Secure Advantage.	Secure Advantage: Los miembros pueden recibir orientación y apoyo de un asesor financiero que brinda información objetiva y medidas claras para ayudarles a tomar decisiones informadas sobre sus finanzas. Para miembros mayores de 18 años.	No

Sección 17:

Satisfacción del miembro

Quejas, quejas formales y apelaciones del plan

Queremos que esté satisfecho con nosotros y con la atención que recibe de nuestros proveedores. Infórmenos de inmediato si en algún momento no está satisfecho con algo sobre nosotros o nuestros proveedores. Esto incluye no estar de acuerdo con una decisión que hayamos tomado.

Además, incluye las inquietudes que pueda tener sobre los procedimientos de revisión previa al servicio (revisión antes del servicio), revisión urgente (revisión rápida debido a problemas de salud), revisión concomitante (revisión durante el servicio) y revisión posterior al servicio (revisión después del servicio).

	Qué puede hacer:	Qué haremos:
Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar una queja	Puede hacer lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Llamarnos en cualquier momento MMA: 1-888-716-8787, TTY 711 LTC: 1-800-791-9233, TTY 711	Haremos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Intentar resolver su problema en el plazo de 1 día hábil

Sección 17: Satisfacción del miembro

	Qué puede hacer:	Qué haremos:
Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar una queja formal	<p>Puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribirnos o llamarnos en cualquier momento • Llámenos para pedir más tiempo para resolver su queja formal si cree que más tiempo le ayudará <p>UnitedHealthcare Community Plan Appeals and Grievance Unit P.O. Box 31364 Salt Lake City, UT 84131</p> <p>MMA: 1-888-716-8787, TTY 711 LTC: 1-800-791-9233, TTY 711</p>	<p>Haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar su queja formal y enviarle una carta con nuestra decisión en un plazo de 30 días <p>Si necesitamos más tiempo para resolver su queja formal, haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enviarle una carta con nuestro motivo e informarle sobre sus derechos si no está de acuerdo
Si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre sus servicios, puede solicitar una apelación	<p>Puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribirnos o llamarnos y hacer un seguimiento por escrito dentro de los 60 días desde nuestra decisión sobre sus servicios • Solicitar que sus servicios continúen dentro de los 10 días posteriores a la recepción de nuestra carta, si es necesario. Se pueden aplicar algunas reglas. <p>UnitedHealthcare Community Plan Appeals and Grievance Unit P.O. Box 31364 Salt Lake City, UT 84131</p> <p>MMA: 1-888-716-8787, TTY 711 LTC: 1-800-791-9233, TTY 711</p>	<p>Haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enviarle una carta en el plazo de 5 días hábiles para informarle que recibimos su apelación • Ayudarle a completar cualquier formulario • Revisar su apelación y enviarle una carta en el transcurso de 30 días para responderle

Sección 17: Satisfacción del miembro

	Qué puede hacer:	Qué haremos:
Si cree que esperar 30 días pondrá en peligro su salud, puede solicitar una apelación acelerada o “rápida”	<p>Puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribirnos o llamarnos en el plazo de 60 días desde nuestra decisión sobre sus servicios <p>UnitedHealthcare Community Plan Appeals and Grievance Unit P.O. Box 31364 Salt Lake City, UT 84131</p> <p>MMA: 1-888-716-8787, TTY 711 LTC: 1-800-791-9233, TTY 711</p>	<p>Haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darle una respuesta en un plazo de 48 horas después de que recibamos su solicitud • Llamarle el mismo día si no estamos de acuerdo con que necesita una apelación rápida y enviarle una carta en el plazo de 2 días
Si no está de acuerdo con nuestra decisión de apelación, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid	<p>Puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribirle a la Oficina de Audiencias Imparciales de la Agencia para la Administración de la Atención Médica • Pedirnos una copia de sus registros médicos • Solicitar que sus servicios continúen dentro de los 10 días posteriores a la recepción de nuestra carta, si es necesario. Se pueden aplicar algunas reglas. <p>* Debe finalizar el proceso de apelación antes de poder tener una audiencia imparcial de Medicaid.</p>	<p>Haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionarle transporte a la audiencia imparcial de Medicaid, si es necesario • Reiniciar sus servicios si el Estado está de acuerdo con usted <p>Si usted continuó con sus servicios, es posible que le pidamos que pague por los servicios si la decisión final no es a su favor.</p>

Apelación rápida del plan

Si rechazamos su solicitud de apelación rápida, transferiremos su apelación al plazo de apelación regular de 30 días. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no ofrecerle una apelación rápida, puede llamarnos para presentar una queja formal.

Sección 17: Satisfacción del miembro

Audiencias imparciales de Medicaid (para miembros de Medicaid)

Usted puede solicitar una audiencia imparcial en cualquier momento hasta 120 días después de recibir nuestro aviso de resolución de la apelación para el plan, llamando o escribiendo a:

Agency for Health Care Administration
Medicaid Fair Hearing Unit
P.O. Box 7237
Tallahassee, FL 32314-7237

1-877-254-1055 (número gratuito)
1-239-338-2642 (fax)

MedicaidFairHearingUnit@ahca.myflorida.com

Si solicita una audiencia imparcial por escrito, incluya la siguiente información:

- Su nombre
- Su número de miembro
- Su número de identificación de Medicaid
- Un número de teléfono en el que podamos comunicarnos con usted o con su representante

También puede incluir la siguiente información, si cuenta con ella:

- Por qué piensa que se debe cambiar la decisión
- Los servicios que cree que necesita
- Cualquier información médica que respalde la solicitud
- Quién le gustaría que le ayude con su audiencia imparcial

Después de recibir su solicitud de audiencia imparcial, la Agencia le informará por escrito que recibió su solicitud de audiencia imparcial. Un funcionario de audiencias que trabaja para el Estado revisará la decisión que tomamos.

Si usted es miembro del Título XXI de MediKids, no se le permite tener una audiencia imparcial de Medicaid.

Revisión por parte del Estado (para miembros de MediKids)

Cuando usted solicita una revisión, un director de audiencias que trabaja para el Estado revisa la decisión que se tomó durante la apelación al plan. Puede solicitar una revisión por parte del Estado en cualquier momento hasta 30 días después de recibir la notificación.

Debe finalizar primero su proceso de apelación.

110 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 17: Satisfacción del miembro

Puede solicitar una revisión por parte del estado llamando o escribiendo a:

Agency for Health Care Administration
P.O. Box 7237
Tallahassee, FL 32314-7237

1-877 254-1055 (número gratuito)
1-239-338-2642 (fax)

MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

Después de recibir su solicitud de audiencia imparcial, la Agencia le informará por escrito que recibió su solicitud.

Continuación de los beneficios para los miembros de Medicaid

Si en la actualidad está recibiendo un servicio que se va a reducir, suspender o finalizar, tiene derecho a continuar recibiendo dichos servicios hasta que se tome una decisión definitiva en una **apelación al plan** o **Audiencia imparcial de Medicaid**. Si sus servicios continúan, no habrá cambios en sus servicios hasta que se tome una decisión final.

Si sus servicios continúan y nuestra decisión no es a su favor, podemos solicitarle que pague los costos de dichos servicios. No le quitaremos sus beneficios de Medicaid. No podemos solicitar a su familia o representante legal que pague los servicios.

Para que sus servicios continúen durante la apelación o audiencia imparcial, debe presentar su apelación y solicitar que sus servicios continúen dentro de este plazo, lo que ocurra más tarde:

- 10 días después de recibir un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (Notification of Adverse Benefits Determination, NABD), o
- El primer día en que sus servicios se reducirán, suspenderán o cancelarán, o antes de esa fecha.

Sección 18:

Sus derechos como miembro

Como beneficiario de Medicaid y miembro de un Plan, usted también tiene ciertos derechos.

Tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información sobre la organización, sus servicios, profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades del miembro
- Participar con los profesionales en la toma de decisiones sobre su atención de la salud
- Tener una conversación franca sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios
- Expresar quejas o apelaciones sobre la organización o la atención que esta proporciona
- Efectuar recomendaciones acerca de los derechos y responsabilidades de los miembros de la organización
- Recibir un trato respetuoso y cortés
- Que siempre se tenga en cuenta y respete su dignidad y privacidad
- Recibir una respuesta rápida y útil a sus preguntas y solicitudes
- Saber quién proporciona servicios médicos y quién es responsable de su atención
- Saber qué servicios al cliente están disponibles, lo que incluye si hay un intérprete disponible si usted no habla inglés
- Saber qué normas y leyes se aplican a su conducta
- Recibir información fácil de seguir sobre su diagnóstico y comentar abiertamente el tratamiento que necesita, las opciones de tratamientos y alternativas, los riesgos y cómo le ayudarán estos tratamientos
- Participar en la toma de decisiones con su proveedor sobre su atención de la salud, incluido el derecho a decir que no a cualquier tratamiento, salvo que la ley disponga lo contrario
- Recibir información completa sobre otras formas de ayudar a pagar su atención de la salud
- Saber si el proveedor o centro acepta la tarifa de asignación de Medicare
- Que le digan cuánto puede costarle un servicio antes de recibirlo
- Obtener una copia de una factura y que le expliquen los cargos
- Obtener tratamiento médico o ayuda especial para personas con discapacidades, independientemente de su raza, nacionalidad, religión, discapacidad o fuente de pago

112 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 18: Sus derechos como miembro

- Recibir tratamiento para cualquier emergencia de salud que empeorará si no recibe tratamiento
- Saber si el tratamiento médico es para investigación experimental y decir sí o no a la participación en dicha investigación
- Presentar una queja cuando no se respeten sus derechos
- Pedir otro médico cuando no esté de acuerdo con su médico (segunda opinión médica)
- Obtener una copia de sus registros médicos y solicitar que se añada o corrija la información en sus registros, si es necesario
- Que se mantenga la privacidad de sus registros médicos y que estos solo se compartan cuando lo exija la ley, o con su aprobación
- Decidir cómo desea que se tomen las decisiones médicas si no puede tomarlas usted mismo (directriz anticipada)
- Presentar una queja formal sobre cualquier asunto que no sea la decisión de un Plan sobre sus servicios
- Apelar la decisión de un Plan sobre sus servicios
- Recibir servicios de un proveedor que no forme parte de nuestro Plan (fuera de la red) si no podemos encontrar un proveedor para usted que forme parte de nuestro Plan
- Hablar libremente sobre su atención de la salud y sus inquietudes sin resultados negativos.
- Ejercer libremente sus derechos sin que el Plan o sus proveedores de la red le traten mal
- Obtener atención sin temor a cualquier forma de restricción o aislamiento usado como medida coercitiva, disciplinaria, de conveniencia o como represalia
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos y solicitar que se enmienden o corrijan

Los miembros de Atención a Largo Plazo tienen los siguientes derechos:

- Estar libres de toda restricción o aislamiento usado como medida coercitiva, disciplinaria, de conveniencia o como represalia.
- Recibir servicios en un entorno hogareño, independientemente de dónde vivan
- Recibir información sobre cómo participar en su comunidad, establecer objetivos personales y cómo pueden participar en ese proceso
- Saber dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita.
- Poder participar en las decisiones sobre su atención de la salud
- Hablar abiertamente sobre las opciones de tratamiento para sus afecciones, independientemente del costo o beneficio
- Elegir los programas en los que participan y los proveedores que les brindan atención

¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **113 1-888-716-8787, TTY 711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233, TTY 711.**

Sección 19:

Sus responsabilidades como miembro

Como beneficiario de Medicaid y miembro de un plan, usted también tiene ciertas responsabilidades.

Tiene la responsabilidad de lo siguiente:

- Cumplir con los planes y las instrucciones de atención que ha acordado con los proveedores
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento establecidos de mutuo acuerdo en la medida de lo posible
- Proporcionar información precisa sobre su salud a su Plan y a sus proveedores
- Informar a su médico sobre cambios inesperados en su estado de salud
- Hablar con su proveedor para asegurarse de que comprende un procedimiento y lo que se espera de usted
- Escuchar a su proveedor, seguir las instrucciones de cuidado y hacer preguntas
- Acudir a sus citas y notificar a su proveedor si no podrá asistir a una cita
- Ser responsable de sus acciones si se rechaza el tratamiento o si no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica
- Asegurarse de que se paguen los servicios no cubiertos que reciba
- Seguir las normas y los reglamentos de conducta de los centros de atención de la salud
- Tratar con respeto al personal de atención de la salud y al administrador de casos
- Decirnos si tiene problemas con algún miembro del personal de atención de la salud.
- Usar la sala de emergencias únicamente para emergencias verdaderas.
- Notificar a su administrador de casos si hay un cambio en su información (dirección, número de teléfono, etc.)
- Tener un plan para emergencias y acceder a este plan si es necesario por su seguridad
- Informar sobre fraude, abuso y pago excesivo

Los miembros de Atención a Largo Plazo tienen las siguientes responsabilidades:

- Informar a su administrador de casos si desean darse de baja del programa de Atención a Largo Plazo
- Aceptar y participar en la evaluación anual presencial, las visitas trimestrales presenciales y el contacto telefónico mensual con su administrador de casos

114 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 20:

Otra información importante

Responsabilidad del paciente por servicios de Atención a Largo Plazo (LTC) o cuidados para enfermos terminales

Si recibe servicios de Atención a Largo Plazo o de cuidados para enfermos terminales, es posible que tenga que pagar una “participación en el costo” por sus servicios cada mes. Esta participación en el costo se denomina “responsabilidad del paciente”. El Departamento de Niños y Familias (DCF) le enviará por correo postal una carta cuando sea elegible (o para informarle sobre los cambios) para los servicios de Atención a Largo Plazo o de cuidados para enfermos terminales de Medicaid. Esta carta se denomina “Aviso de Acción de Caso” (Notice of Case Action, NOCA). La carta de Aviso de Acción de Caso le indicará sus fechas de elegibilidad y cuánto debe pagarle al establecimiento donde vive, si vive en un establecimiento, como participación en el costo de sus servicios de Atención a Largo Plazo o cuidados para enfermos terminales.

Para obtener más información sobre la responsabilidad del paciente, puede hablar con su administrador de casos de Atención a Largo Plazo, ponerse en contacto con el Departamento de Niños y Familias llamando al número gratuito 1-866-762-2237 o visitar la página web del Departamento en <https://www.myflfamilies.com/medicaid>. (Desplácese hacia abajo hasta la sección Personas mayores o con discapacidades que actualmente no son elegibles y seleccione “Hojas informativas relacionadas con el SSI”).

Protección de los Proveedores de Atención de la Salud Indígena (IHCP)

Los indígenas están exentos de todos los costos compartidos por servicios prestados o recibidos por un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (Indian Health Care Provider, IHCP) o un referido en virtud de servicios de salud por contrato.

Sección 20: Otra información importante

Plan de emergencia en caso de desastre

Los desastres pueden ocurrir en cualquier momento. Para protegerse y proteger a su familia, es importante estar preparado. Hay tres pasos para prepararse para un desastre: 1) Estar informado; 2) elaborar un plan; y 3) obtener un kit. Para obtener ayuda con su plan de emergencia en caso de desastre, llame a Servicio al Cliente o a su administrador de casos. La División de Manejo de Emergencias de Florida también puede ayudarle con su plan. Puede llamarles al 1-850-413-9969 o visitar su sitio web en **www.floridadisaster.org**.

Para los miembros de Atención a Largo Plazo, su administrador de casos le ayudará a crear un plan de desastres.

Consejos sobre cómo prevenir el fraude y el abuso de Medicaid:

- **No** comparta información personal, incluido su número de Medicaid, con nadie que no sean sus proveedores de confianza
- Tenga cuidado con cualquier persona que le ofrezca dinero, servicios médicos gratuitos o de bajo costo, o regalos a cambio de su información de Medicaid
- Tenga cuidado con las visitas puerta a puerta o las llamadas que no solicitó
- Tenga cuidado con los enlaces incluidos en los mensajes de texto o correos electrónicos que no solicitó, o en las plataformas de redes sociales

Fraude/abuso/pago excesivo en el programa Medicaid

Para reportar sospechas de fraude o abuso en Medicaid de Florida, llame a la Línea Directa de Quejas del Consumidor al número gratuito 1-888-419-3456 o complete un Formulario de Quejas de Fraude y Abuso de Medicaid, disponible en línea en: **<https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/>**.

También puede informarnos sobre fraude y abuso directamente comunicándose con Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** y Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Abuso/negligencia/explotación de personas

Nunca debería sufrir ningún tipo de maltrato. Nunca está bien que alguien le golpee o le haga sentir miedo. Puede hablar con su Médico de Cabecera o con el administrador de casos sobre sus sentimientos.

Si cree que está siendo víctima de maltrato o negligencia, puede llamar a la Línea Directa contra el Abuso al 1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873) o para TTY/TDD al 1-800-955-8771.

También puede llamar a la línea directa si conoce a otra persona que está siendo maltratada.

La violencia doméstica también es abuso. Estos son algunos consejos de seguridad:

- Si está lastimado, llame a su Médico de Cabecera
- Si necesita atención de emergencia, llame al **911** o diríjase al hospital más cercano. Consulte la sección sobre **Cuidado de Emergencia** para obtener más información.
- Tenga un plan para llegar a un lugar seguro (el hogar de un amigo o familiar)
- Empaque un bolso pequeño y entrégueselo a un amigo para que se lo guarde

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a la Línea Nacional de Atención de Violencia Doméstica al 1-800-799-7233 (TTY 1-800-787-3224).

Obtener más información

Tiene derecho a solicitar información. Llame a Servicio al Cliente o hable con su administrador de casos sobre qué tipo de información puede recibir de forma gratuita. Algunos de los ejemplos son los siguientes:

- Sus registros de miembro
- Una descripción de cómo operamos
- Directorio de Proveedores

Sección 21:

Recursos adicionales

Floridahealthfinder.gov

La Agencia está comprometida con su misión de proporcionar una “Mejor atención de la salud para todos los habitantes de Florida”. La Agencia ha creado un sitio web **www.FloridaHealthFinder.gov** donde puede ver información sobre las agencias de salud domiciliaria, los centros de enfermería, los centros de vivienda asistida, los centros de cirugía ambulatoria y los hospitales de Florida. Puede encontrar los siguientes tipos de información en el sitio web:

- Información actualizada sobre otorgamiento de licencias
- Informes de inspección
- Medidas judiciales
- Resultados de salud
- Precios
- Medidas de desempeño
- Folletos de educación para el consumidor
- Testamentos en vida
- Calificaciones de desempeño de calidad, incluidos los resultados de la encuesta de satisfacción de los miembros

La Agencia recopila información de todos los Planes sobre diferentes medidas de desempeño en relación con la calidad de la atención proporcionada por los Planes. Las medidas permiten al público comprender lo bien que los Planes satisfacen las necesidades de sus miembros. Para ver las tarjetas de informe del Plan, visite **<https://quality.healthfinder.fl.gov/Facility-Provider/Medicaid-ReportCard?&type=-13>**. Puede elegir ver la información de cada Plan o de todos los Planes a la vez.

Unidad de Vivienda para Personas de Edad Avanzada

La Unidad de Vivienda para Personas de Edad Avanzada proporciona información y asistencia técnica a personas de edad avanzada y líderes comunitarios sobre opciones de vivienda asequible y vivienda asistida. El Departamento de Asuntos de Personas Mayores de Florida tiene un sitio web para obtener información sobre centros de vivienda asistida, hogares de cuidado familiar para adultos, centros de cuidado diurno para adultos y centros de enfermería en **<https://elderaffairs.org/programs-and-services/housing-resources-and-assistance/>**, así como enlaces a recursos federales y estatales adicionales.

118 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Información de MediKids

Para obtener información sobre la cobertura de MediKids, visite: http://ahca.myflorida.com/medicaid/Policy_and_Quality/Policy/program_policy/FLKidCare/MediKids.shtml.

Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas

También puede encontrar información adicional y asistencia sobre beneficios estatales y federales, programas y servicios locales, servicios legales y de prevención de delitos, planificación de ingresos u oportunidades educativas comunicándose con el Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas.

Programa Independiente de Apoyo al Consumidor

El Departamento de Asuntos de Personas Mayores de Florida también ofrece un Programa Independiente de Apoyo al Consumidor (Independent Consumer Support Program, ICSP). El Programa Independiente de Apoyo al Consumidor trabaja con el Defensor del Programa Estatal de Cuidado a Largo Plazo, el Centro de Recursos para Personas Mayores y la Agencia para garantizar que los miembros de Atención a Largo Plazo tengan muchas maneras de obtener información y ayuda cuando sea necesario. Para obtener más información, llame a la Línea de Ayuda para Personas Mayores al 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) o visite <https://elderaffairs.org/statewide-medicare-managed-care-long-term-care-program/>.

Asociación de UnitedHealthcare con GEDWorks

UnitedHealthcare Community Plan of Florida ahora ofrece a nuestros miembros elegibles la oportunidad de realizar su examen de desarrollo educativo general a través de una asociación con GEDWorks sin costo alguno para usted. Materiales de estudio y pruebas disponibles en inglés y español. Envíe un correo electrónico a flged@uhc.com para obtener más información.

Cómo programar traslados médicos que no sean de emergencia con la aplicación MTM Link

La aplicación de MTM Link le ofrece la flexibilidad de programar un traslado médico que no sea de emergencia cuando y donde quiera, directamente desde un teléfono inteligente o una tableta.

Puede encontrar la aplicación MTM Link en Google Play® o en Apple App Store®.

La aplicación de MTM Link optimiza la experiencia de reserva de viajes, ayuda a programar múltiples viajes futuros y permite realizar cambios o cancelaciones de viajes.

Con la aplicación usted puede reservar un viaje estándar o con reembolso de millas, presentar una solicitud de reembolso de millas o cancelar un viaje.

Sección 22:

Formularios

Testamento en vida

Un testamento en vida puede, aunque no obligatoriamente, tener la siguiente forma:

Declaración realizada el día _____ de _____ (año), yo, _____, hago saber de forma deliberada y voluntaria mi deseo de que mi muerte no se prolongue artificialmente en las circunstancias establecidas a continuación, y declaro por la presente que, si en algún momento estoy incapacitado, y

- _____ (inicial) Tengo una afección terminal.
- _____ (inicial) Tengo una afección en estadio terminal.
- _____ (inicial) Estoy en un estado vegetativo persistente.

y si mi médico tratante o responsable y otro médico consultor han determinado que no existe una probabilidad médica razonable de que me recupere de dicha afección, doy instrucciones de que los procedimientos que prolongan la vida se denieguen o retiren cuando la aplicación de dichos procedimientos solo sirva para prolongar artificialmente el proceso de muerte, y que se me permita morir de forma natural solo con la administración de medicamentos o la realización de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para proporcionarme cuidados paliativos o aliviar el dolor.

Es mi intención que mi familia y mi médico respeten esta declaración como la expresión final de mi derecho legal a rechazar el tratamiento médico o quirúrgico y a aceptar las consecuencias de dicho rechazo.

En caso de que se haya determinado que no puedo proporcionar el consentimiento expreso e informado en relación con la denegación, el retiro o la continuación de procedimientos que prolongan la vida, deseo designar como mi representante para llevar a cabo las disposiciones de esta declaración a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado: _____

Código postal: _____ Teléfono: _____

Formulario de Representante Autorizado

Health and Home Connection utiliza este formulario para obtener su autorización para analizar o divulgar su información médica personal a una persona que sea su representante autorizado. Su aprobación en este formulario limita el uso de su información únicamente para dicho fin.

Sección A: Información del miembro

Al firmar este formulario, comprendo y acepto que Health and Home Connection podrá divulgar mi información médica personal a mis representantes autorizados mencionados en la Sección B que figura a continuación.

Nombre del miembro: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de identificación del miembro: _____

Tenga en cuenta lo siguiente: Esta autorización no permite a su “Representante autorizado” tomar ninguna decisión acerca de su tratamiento ni de su atención directa. Si desea obtener ayuda para tomar decisiones respecto de su atención de la salud y su tratamiento, deberá obtener documentación legal adicional. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su abogado.

Sección B: Uso autorizado o divulgación, uso previsto o divulgación

Comprendo que se puede proporcionar mi información médica personal a las partes que estén directamente involucradas en mi atención. Además, comprendo que, como parte de la política general de Health and Home Connection, no se proporciona mi información de salud personal a otras partes sin mi autorización por escrito, a menos que esté permitido o sea requerido por la ley. Por esta razón, autorizo (permiso) a Health and Home Connection a analizar y proporcionar mi información médica personal a las personas que se mencionan a continuación. Comprendo que esto se hace a fin de ayudarme a recibir los beneficios de mi plan de salud o para el pago de dichos beneficios. Comprendo que existen determinadas partes que deben proteger la privacidad de mi información de salud personal. Estos son proveedores de atención de la salud y otras partes que están obligadas a proteger la privacidad de dicha información, en virtud de las leyes federales o estatales relacionadas. Si mi Representante autorizado no es un proveedor de atención de la salud ni otra parte obligada a proteger mi información de salud personal, mi Representante autorizado podrá analizarla o proporcionarla a terceros sin mi permiso. Comprendo y acepto que mi autorización es voluntaria.

¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al 123
1-888-716-8787, TTY 711 o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al
1-800-791-9233, TTY 711.

Sección 22: Formularios

Representante Autorizado n.º 1:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Relación con usted: _____

Representante Autorizado n.º 2:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Relación con usted: _____

Formulario de Representante Autorizado:

Comprendo que tengo el derecho de limitar la información que se divulgue en virtud de esta autorización. Por ejemplo, puedo solicitar que se abstengan de informar a mi Representante autorizado acerca de uno o más proveedores de atención médica determinados o determinadas afecciones médicas o enfermedades. Si deseo limitar la información que se divulga a mi Representante autorizado, debo indicarlo a continuación por escrito. Comprendo que al dejar esta sección en blanco, permito que toda mi información médica personal sea conocida por mi Representante autorizado.

Limitaciones en la divulgación:

Sección C: Vencimiento y revocación

Comprendo que tengo el derecho de anular esta autorización en cualquier momento. Comprendo que, si no deseo que la(s) persona(s) mencionada(s) en la Sección B continúe(n) siendo mi(s) Representante(s) autorizado(s), debo cancelar esta autorización. Comprendo que debo expresarlo por escrito y enviar esta notificación escrita en la que se consigne mi decisión al contacto del plan de salud que figura a continuación. Comprendo que si mi información de salud personal ha sido divulgada antes de recibir mi solicitud por escrito para cancelar esta autorización, mi notificación no podrá anular ninguna acción que se haya llevado a cabo anteriormente.

Sección D: Firma/Autorización

He leído y meditado acerca del contenido de este Formulario de Representante Autorizado. Esta autorización describe correctamente mi solicitud a United Healthcare Services, Inc. Comprendo que, al firmar este formulario, otorgo mi permiso al plan de salud para usar o proporcionar mi información de salud personal a las personas mencionadas en la Sección B.

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

(Únicamente se necesita la firma de un testigo si usted firma con una "X" debido a limitaciones físicas, analfabetismo u otros motivos.)

Envíe el formulario de autorización firmado a la siguiente dirección:

**UnitedHealthcare Health and Home Connection
7901 SW 6th Street, Suite 400
Plantation, FL 33324**

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Aviso de no discriminación

Nuestras compañías cumplen con las leyes de derechos civiles aplicables y no discriminan por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). No excluimos a las personas ni las tratamos de manera menos favorable debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Ofrecemos ayuda y servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Puede solicitar intérpretes o comunicaciones en otros idiomas o formatos, como letra grande. También ofrecemos modificaciones razonables para personas con discapacidades.

Si necesita estos servicios, llame al **1-888-716-8787**, TTY **711**, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes.

Si considera que no hemos proporcionado estos servicios o hemos discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede enviar un reclamo al coordinador de derechos civiles:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130
UHC_Civil_Rights@uhc.com

Optum Civil Rights Coordinator
1 Optum Circle
Eden Prairie, MN 55344
Optum_Civil_Rights@Optum.com

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, llame al **1-800-791-9233**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

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.:

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

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

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

Los formularios de reclamos están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Este aviso está disponible en: **<https://www.uhc.com/nondiscrimination-med>**
<https://www.optum.com/en/language-assistance-nondiscrimination.html>

CSFL25MD0353843_000

¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **127**
1-888-716-8787, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al
1-800-791-9233, TTY **711**.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia en otros idiomas y formatos alternativos

ATTENTION: Free language assistance services and free communications in other formats, such as large print, are available to you. Call the toll-free number on your member identification card. Call member services at 1-800-791-9233, TTY 711, 8 a.m.–8 p.m., Monday–Friday.

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga serbisyong libreng tulong sa wika at mga libreng komunikasyon sa mga ibang anyo, tulad ng malaking print. Tawagan ang mga serbisyo sa miyembro sa 1-800-791-9233, TTY 711, 8 a.m. – 8 p.m., Lunes – Biyernes.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, tiene acceso a servicios gratuitos de asistencia lingüística y a materiales gratuitos en otros formatos, como letra grande. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-791-9233, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, (**Russian**), Вы можете бесплатно воспользоваться помощью переводчика и информационными материалами в альтернативных форматах, например, крупным шрифтом. Звоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-800-791-9233, TTY 711, с 8 а.м. до 8 p.m., с понедельника по пятницу.

ATANSYON: Si ou pale **Kreyòl Ayisyen, (Haitian Creole)**, gen sèvis asistans lengwistik gratis ak kominikasyon gratis ki nan lòt fòm, tankou gwo karaktè, ki disponib pou ou. Rele Sèvis Manm yo nan 1-800-791-9233, TTY 711, 8 a.m.– 8 p.m., Lendi jiska Vandredi.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، الترجمة (**Arabic**) للغة، فتوجد هناك خدمات مساعدة لغوية مجانًا ورسائل مجانية بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بحروف كبيرة. ما عليك سوى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-791-9233، أو عبر الهاتف النصي 711، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، من يوم الإثنين إلى الجمعة.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng **Việt, (Vietnamese)**, quý vị sẽ nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí và nhận các tài liệu truyền thông miễn phí ở các định dạng khác như chữ in lớn. Gọi cho bộ phận dịch vụ hội viên theo số 1-800-791-9233, TTY 711, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.

ATTENZIONE: se parla **italiano, (Italian)**, sono disponibili servizi gratuiti di assistenza linguistica e comunicazioni gratuite in altri formati, come la stampa a caratteri grandi. Chiami il servizio soci al numero 1-800-791-9233, TTY 711, dalle 8.00 alle 20.00, dal lunedì al venerdì.

ATENÇÃO: se você fala **português do Brasil, (Brazilian Portuguese)**, serviços gratuitos de assistência linguística e comunicações gratuitas em outros formatos, como letras grandes, estão disponíveis para você. Ligue para o serviço do associado no número 1-800-791-9233, TTY 711, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda à sexta-feira.

128 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787, TTY 711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233, TTY 711.**

HINWEIS: Wenn Sie **Deutsch** sprechen, (**German**) stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste und kostenlose Mitteilungen in anderen Formaten, beispielsweise in Großdruck, zur Verfügung. Rufen Sie den Mitglieder-Service an, unter 1-800-791-9233, TTY 711, verfügbar von Montag bis Freitag zwischen 8:00 Uhr und 20:00 Uhr.

注意：如果您說**中文**，(**Chinese**)，您可獲得免費語言協助服務和其他格式（例如大字版）的免費通訊。請致電1-800-791-9233與會員服務部聯絡，聽障專線 (TTY) 711，服務時間週一至週五上午8時至晚上8時。

참고: 귀하가 **한국어 (Korean)**을 구사하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스와 다른 형식의 무료 커뮤니케이션(예, 큰 활자체로 된 정보)을 이용하실 수 있습니다. 가입자 서비스부(1-800-791-9233, TTY 711, 월요일 - 금요일, 오전 8시 - 오후 8시 사이)에 전화하십시오.

ATTENTION: Si vous parlez **français (French)**, des services d'assistance linguistique gratuits et des communications gratuites dans d'autres formats, tels que du texte en gros caractères, sont à votre disposition. Veuillez appeler le département des services aux membres au 1-800-791-9233, TTY 711, de 8 h à 20 h, du lundi au vendredi.

UWAGA: Jeśli mówi Pan/Pani w języku **polskim, (Polish)**, dostępne są bezpłatne usługi pomocy językowej i komunikacji w innych formatach, np. duży druk. Prosimy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer 1-800-791-9233, TTY 711, w godzinach od 8:00 do 20:00, od poniedziałku do piątku.

ધ્યાન આપો: જો તમે **ગુજરાતી, (Gujarati)** બોલતા હો, તો મફત ભાષા સહાય સેવાઓ અને મોટા પ્રિન્ટ જેવા અન્ય ફોર્મેટમાં મફત સંદેશાવ્યવહાર તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. સોમવાર-શુક્રવાર, સવારે 8 થી સાંજે 8 વાગ્યા સુધી, 1-800-791-9233, TTY 711 પર સભ્ય સેવાઓનો સંપર્ક કરો.

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย (**Thai**) คุณมีสิทธิได้รับบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่ายรวมถึงการสื่อสารในรูปแบบอื่น เช่น ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเช่นกัน โทรติดต่อบริการสมาชิกได้ที่ 1-800-791-9233 และ TTY 711 ตั้งแต่เวลา 8.00 น.-20.00 น. วันจันทร์-วันศุกร์

Aviso de Antidiscriminación

Nuestras empresas cumplen con las leyes de derechos civiles vigentes y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). No excluimos a las personas ni las tratamos de manera menos favorable debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Ofrecemos ayuda y servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Puede solicitar intérpretes o comunicaciones en otros idiomas o formatos, como letra grande. También ofrecemos modificaciones razonables para personas con discapacidades.

Si necesita estos servicios, llame al **1-800-791-9233**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

Si considera que no hemos proporcionado estos servicios o hemos discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede enviar un reclamo al Coordinador de Derechos Civiles:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130
UHC_Civil_Rights@uhc.com

Optum Civil Rights Coordinator
1 Optum Circle
Eden Prairie, MN 55344
Optum_Civil_Rights@Optum.com

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al **1-800-791-9233**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

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

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

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

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

Los formularios de queja están disponibles en: **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

Este aviso está disponible en: **<https://www.uhc.com/nondiscrimination-med>**
<https://www.optum.com/en/language-assistance-nondiscrimination.html>

CSFL25MD0353841_000

130 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia en otros idiomas y formatos alternativos

ATTENTION: Free language assistance services and free communications in other formats, such as large print, are available to you. Call the toll-free number on your member identification card. Call member services at 1-800-791-9233, TTY 711, 8 a.m.–8 p.m., Monday–Friday.

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog, (Tagalog)**, may makukuha kang mga serbisyong libreng tulong sa wika at mga libreng komunikasyon sa mga ibang anyo, tulad ng malaking print. Tawagan ang mga serbisyo sa miyembro sa 1-800-791-9233, TTY 711, 8 a.m. – 8 p.m., Lunes – Biyernes.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, tiene acceso a servicios gratuitos de asistencia lingüística y a materiales gratuitos en otros formatos, como letra grande. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-791-9233, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-**русски, (Russian)**, Вы можете бесплатно воспользоваться помощью переводчика и информационными материалами в альтернативных форматах, например, крупным шрифтом. Звоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-800-791-9233, TTY 711, с 8 а.м. до 8 р.м., с понедельника по пятницу.

ATANSYON: Si ou pale **Kreyòl Ayisyen, (Haitian Creole)**, gen sèvis asistans lengwistik gratis ak kominikasyon gratis ki nan lòt fòm, tankou gwo karaktè, ki disponib pou ou. Rele Sèvis Manm yo nan 1-800-791-9233, TTY 711, 8 a.m.– 8 p.m., Lendi jiska Vandredi.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، الترجمة (**Arabic**) للغة، فتوجد هناك خدمات مساعدة لغوية مجاناً ورسائل مجانية بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بحروف كبيرة. ما عليك سوى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-791-9233، أو عبر الهاتف النصي 711، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، من يوم الإثنين إلى الجمعة.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng **Việt, (Vietnamese)**, quý vị sẽ nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí và nhận các tài liệu truyền thông miễn phí ở các định dạng khác như chữ in lớn. Gọi cho bộ phận dịch vụ hội viên theo số 1-800-791-9233, TTY 711, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.

ATTENZIONE: se parla **italiano, (Italian)**, sono disponibili servizi gratuiti di assistenza linguistica e comunicazioni gratuite in altri formati, come la stampa a caratteri grandi. Chiama il servizio soci al numero 1-800-791-9233, TTY 711, dalle 8.00 alle 20.00, dal lunedì al venerdì.

¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al 131 **1-888-716-8787, TTY 711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233, TTY 711.**

ATENÇÃO: se você fala **português do Brasil, (Brazilian Portuguese)**, serviços gratuitos de assistência linguística e comunicações gratuitas em outros formatos, como letras grandes, estão disponíveis para você. Ligue para o serviço do associado no número 1-800-791-9233, TTY 711, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda à sexta-feira.

HINWEIS: Wenn Sie **Deutsch** sprechen, (**German**) stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste und kostenlose Mitteilungen in anderen Formaten, beispielsweise in Großdruck, zur Verfügung. Rufen Sie den Mitglieder-Service an, unter 1-800-791-9233, TTY 711, verfügbar von Montag bis Freitag zwischen 8:00 Uhr und 20:00 Uhr.

注意：如果您說中文，(**Chinese**)，您可獲得免費語言協助服務和其他格式（例如大字版）的免費通訊。請致電 1-800-791-9233 與會員服務部聯絡，聽障專線 (TTY) 711，服務時間週一至週五上午 8 時至晚上 8 時。

참고: 귀하가 **한국어 (Korean)**을 구사하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스와 다른 형식의 무료 커뮤니케이션(예, 큰 활자체로 된 정보)을 이용하실 수 있습니다. 가입자 서비스부 (1-800-791-9233, TTY 711, 월요일 - 금요일, 오전 8 시 - 오후 8 시 사이)에 전화하십시오.

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'assistance linguistique gratuits et des communications gratuites dans d'autres formats, tels que du texte en gros caractères, sont à votre disposition. Veuillez appeler le département des services aux membres au 1-800-791-9233, TTY 711, de 8 h à 19 h, du lundi au vendredi.

UWAGA: Jeśli mówi Pan/Pani w języku **polskim, (Polish)**, dostępne są bezpłatne usługi pomocy językowej i komunikacji w innych formatach, np. duży druk. Prosimy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer 1-800-791-9233, TTY 711, w godzinach od 8:00 do 20:00, od poniedziałku do piątku.

ધ્યાન આપો: જો તમે **ગુજરાતી, (Gujarati)** બોલતા હો, તો મફત ભાષા સહાય સેવાઓ અને મોટા પ્રિન્ટ જેવા અન્ય ફોર્મેટમાં મફત સંદેશાવ્યવહાર તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. સોમવાર-શુક્રવાર, સવારે 8 થી સાંજે 8 વાગ્યા સુધી, 1-800-791-9233, TTY 711 પર સભ્ય સેવાઓનો સંપર્ક કરો.

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย (**Thai**) คุณมีสิทธิได้รับบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่ายรวมถึงการสื่อสารในรูปแบบอื่น เช่น ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเช่นกัน โทรติดต่อบริการสมาชิกได้ที่ 1-800-791-9233 และ TTY 711 ตั้งแต่เวลา 8.00 น.-20.00 น. วันจันทร์-วันศุกร์

132 ¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787, TTY 711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233, TTY 711.**



Estamos aquí para usted

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llámenos:

Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711**, o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

También puede visitar nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan**.

UnitedHealthcare Community Plan

7901 SW 6th Street, Suite 400
Plantation, FL 33324

**United
Healthcare®**
Community Plan

¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente de Asistencia Médica Administrada al **1-888-716-8787**, TTY **711** o Servicio al Cliente de Atención a Largo Plazo al **1-800-791-9233**, TTY **711**. 133

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

