



New York



Le damos la bienvenida a la comunidad

**Manual para Miembros de Medicaid Managed Care
de UnitedHealthcare Community Plan**

Revisado el 1 de febrero de 2025

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

NOTIFICACION DE LA NO-DISCRIMINACION

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

UnitedHealthcare Community Plan provee lo siguiente:

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

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

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

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

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

Teléfono: **1-800-493-4647, TTY 711**

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

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

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

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

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

UnitedHealthcare Community Plan® es el nombre comercial de UnitedHealthcare of New York, Inc. 3

LANGUAGE ASSISTANCE

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

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

Aquí le mostramos dónde encontrar la información que busca

Le damos la bienvenida al programa Medicaid Managed Care de UnitedHealthcare Community Plan	7
Cómo funcionan los planes de atención administrada.	7
Cómo utilizar este manual	8
Ayuda de Servicios para Miembros	9
Su tarjeta de identificación del plan de salud	12
Parte I: Lo primero que debe saber	13
Cómo elegir a su médico de cabecera (PCP)	13
Cómo obtener atención médica regular	18
Cómo obtener atención especializada: referidos	20
Obtenga estos servicios de UnitedHealthcare Community Plan SIN un referido . . .	22
Emergencias	24
Atención de urgencia	26
Deseamos mantenerle saludable	26
Parte II: Sus beneficios y procedimientos del plan	28
¿Servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan.	29
Beneficios que puede obtener de UnitedHealthcare Community Plan O con la tarjeta de Medicaid	49
Beneficios que obtiene solo con su TARJETA DE MEDICAID.	51
Servicios SIN cobertura:	52
Si recibe una factura.	52
Autorización de servicio.	53
Autorización previa:	53
Cómo pagamos a nuestros proveedores	58
Usted puede ayudar con las políticas del plan	58
Manténganos informados.	59

Cancelación de inscripción y transferencias	60
Apelaciones al plan	63
Apelaciones externas	68
Audiencias imparciales	70
Proceso de presentación de quejas	72
Cómo presentar una queja	72
¿Qué sucede después?	73
Apelaciones de quejas	74
Derechos y responsabilidades de los miembros	75
Directrices Anticipadas	76
Números de teléfono importantes	78
Definiciones	84
Avisos del plan de salud sobre Prácticas de Privacidad	97

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

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

Cómo funcionan los planes de atención administrada

El plan, nuestros proveedores y usted

La atención médica administrada proporciona un hogar central para su atención.

- Contamos con un grupo de proveedores de atención médica para satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, laboratorios y demás instalaciones de atención de la salud forman nuestra **red de proveedores**. Nuestra red de proveedores figura en nuestro **Directorio de proveedores**. Llame al **1-800-493-4647** para obtener una copia de nuestro Directorio de proveedores o visite nuestro sitio web: member.uhc.com/communitplan.
- Cuando se inscriba en UnitedHealthcare Community Plan, deberá seleccionar un médico de cabecera (Primary Care Provider, PCP) de nuestra red de proveedores. Si necesita hacerse un análisis, consultar a un especialista o ir a un hospital, su PCP se encargará de ello.
- Aunque su PCP es su fuente principal de atención médica, en algunos casos, puede “referirse usted mismo” a ciertos médicos para obtener algunos servicios. Consulte la página 22 para más detalles.

Su PCP se encuentra disponible todos los días, durante el día y la noche. Si necesita hablar con él o ella fuera de horas de consulta o durante los fines de semana, deje un mensaje y la manera de localizarle. Su PCP se comunicará con usted lo antes posible.

Bienvenido

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

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

Confidencialidad

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

Cómo utilizar este manual

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

En las primeras páginas, se describe lo que necesita saber **de inmediato**. Utilice este manual como referencia o revíselo poco a poco.

Cuando tenga una pregunta, consulte este manual o llame a nuestra unidad de Servicios para Miembros. También puede llamar al personal de atención médica administrada de su Departamento local de Servicios Sociales (Local Department of Social Services, LDSS).

Si vive en los condados de la Ciudad de Nueva York, Albany, Cayuga, Chemung, Chenango, Clinton, Columbia, Essex, Franklin, Fulton, Genesee, Jefferson, Lewis, Madison, Monroe, Nassau, Onondaga, Ontario, Orange, Orleans, Oswego, Rockland, Schenectady, St. Lawrence, Suffolk, Tioga, Ulster, Warren, Wayne, Westchester o Yates, también puede llamar a la Línea de Ayuda de Medicaid Choice de Nueva York al 1-800-505-5678.

Servicios para Miembros está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., llamando al **1-800-493-4647**. Si tiene problemas de audición, llame al Servicio de retransmisión TDD de AT&T al **711**.

Guía de inicio

Escanee el siguiente código QR con su dispositivo inteligente. Esta guía le explicará los pasos importantes para comenzar.



Ayuda de Servicios para Miembros

En Servicios para Miembros hay alguien que puede ayudarle. Simplemente llame al número gratuito **1-800-493-4647**, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes, para comunicarse con Servicios para Miembros. Si tiene problemas de audición, llame al Servicio de retransmisión TTY/TDD de AT&T al **711**. Si tiene preguntas sobre su atención médica o atención de salud conductual, después del horario laboral normal, puede llamar a la Línea de enfermería al 1-877-597-7801 para hablar con un enfermero.

- Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda **cada vez que tenga una consulta**. También puede llamarnos para elegir o cambiar de médico de cabecera (PCP), preguntar sobre beneficios y servicios, obtener ayuda con referidos, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, informar un embarazo o el nacimiento de un nuevo bebé, o preguntar sobre cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios o los de su familia.
- Si está o queda embarazada, su hijo comenzará a formar parte de UnitedHealthcare Community Plan el día de su nacimiento. Esto sucederá a menos que el recién nacido esté en un grupo que no pueda afiliarse a la atención médica administrada. Debe llamarnos a nosotros y a su LDSS de inmediato si queda embarazada, y permitirnos ayudarle a elegir un médico para su **bebé recién nacido** antes de que nazca.

Bienvenido

- Le **ofrecemos sesiones gratuita** para explicarle nuestro plan de salud y de qué manera podemos ayudarle. Es una buena oportunidad para formular preguntas y conocer otros miembros. Si desea asistir a una de las sesiones, llámenos para encontrar un horario y un lugar adecuado para usted.
- **Si no habla inglés**, podemos ayudarle. Deseamos que aprenda a usar su plan de atención de la salud sin importar qué idioma habla. Solo llámenos y encontraremos una manera de comunicarnos en su propio idioma. Tenemos un grupo de personas que puede ayudarle. También le ayudaremos a encontrar un PCP (médico de cabecera) que pueda atenderle en su idioma.
- **Para personas con discapacidades**: si usa una silla de ruedas, es ciego o tiene problemas de audición o comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos informarle si el consultorio de un médico en particular tiene acceso para sillas de ruedas o está equipado con dispositivos de comunicación especiales. Además, tenemos servicios como:
 - Máquina de TTY (nuestro número de teléfono TTY es **711**)
 - Información en letra grande
 - Administración de casos
 - Ayuda para programar citas o transportarse hasta ellas
 - Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad
- **Si usted o su hijo está recibiendo atención en su casa ahora**, es posible que su enfermero o asistente no sepa que se ha unido a nuestro plan. **Llámenos de inmediato** para asegurarse de que su atención domiciliaria no se detenga inesperadamente.

Estamos aquí para garantizar que la atención de la salud le resulte fácil. Si es un miembro nuevo, recibirá una llamada de un defensor que le dará la bienvenida a nuestro plan y le ayudará a completar su evaluación de salud.

Lo que necesita saber sobre su evaluación de salud

Una evaluación de salud es una encuesta breve con preguntas sobre su salud y vida diaria. Nos ayuda a conocerle mejor. También le ayuda a aprovechar al máximo su plan de salud, al informarle los beneficios y servicios para los que puede ser elegible.

Sus respuestas se mantendrán privadas. No reducirán de modo alguno su cobertura.

Solo demorará unos minutos en completarla.

¿Se perdió nuestra llamada de bienvenida?

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

Puede reunirse con nosotros en persona para obtener más información sobre la cobertura de su plan de salud. Simplemente llame a una de nuestras oficinas locales para programar una cita con nosotros.

Condado de Kings

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

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

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

Condado de New York

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

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

Condado de Onondaga

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

Condado de Queens

136-02 Roosevelt Avenue
Flushing, NY 11354
Horario de la oficina: de 9:00 a.m. a
5:00 p.m., de lunes a viernes

37-52 82nd Street
Jackson Heights, NY 11473
Horario de la oficina:
de 10:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes
a viernes

* Llame para verificar los horarios y las ubicaciones de las oficinas.

Bienvenido

Su tarjeta de identificación del plan de salud

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

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

Parte I – Lo primero que debe saber

Cómo elegir a su médico de cabecera (PCP)

Su médico de cabecera (PCP) aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

¿Qué significa esto para usted?

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

¿Qué debe hacer?

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

¿Por qué debería ver a un médico de cabecera?

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

¿Tiene preguntas?

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

Es posible que ya haya escogido su médico de cabecera (PCP) para que le atienda como su médico regular. Esta persona podría ser un médico, enfermero practicante u otro proveedor de atención médica. **Si no ha elegido un PCP para usted y su familia, debe hacerlo de inmediato.** Si no elige un médico dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su paquete de bienvenida, nosotros elegiremos uno para usted.

Parte I – Lo primero que debe saber

Cada miembro de la familia puede tener un PCP diferente o puede elegir un PCP que atienda a toda la familia. Un pediatra atiende a los niños. Los médicos de medicina familiar atienden a toda la familia. Los médicos de medicina interna atienden a los adultos. Si llama a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes, podrá verificar si ya tiene un PCP o recibir ayuda para elegir uno.

Es posible que desee encontrar un médico que:

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

Puede localizar a los proveedores participantes de UnitedHealthcare Community Plan

llamando a Servicios para Miembros por teléfono o a través de nuestro sitio web en línea en myuhc.com/CommunityPlan y utilizando la herramienta de búsqueda Find-a-Doc. Si desea que se le envíe un directorio impreso por correo a su casa, debe llamar a Servicios para Miembros para solicitar uno. También puede obtener información sobre médicos de la red, como certificaciones de juntas médicas e idiomas que hablan, en myuhc.com/CommunityPlan, o llamando a Servicios para Miembros.

Podemos brindarle la siguiente información:

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

Las mujeres también pueden elegir uno de nuestros obstetras/ginecólogos para ocuparse de su atención de la salud. Las mujeres no necesitan seleccionar un ginecólogo/obstetra primario. Las mujeres pueden recibir atención de cualquier médico obstetra/ginecólogo participante. Las mujeres no necesitan un referido de su médico de cabecera para consultar a un médico obstetra/ginecólogo del plan. No hay límites de visitas para la atención obstétrica/ginecológica.

También tenemos contrato con centros de atención médica con certificación federal (Federally Qualified Health Centers, FQHC).

Todos los FQHC proporcionan atención primaria y especializada. Algunos consumidores desean recibir atención de los FQHC porque estos tienen una larga trayectoria en el vecindario. Tal vez desee probarlos porque son de fácil acceso. Debe saber que cuenta con una opción. Puede elegir cualquiera de los proveedores que figuran en nuestro directorio o puede inscribirse con un médico de cabecera en uno de los FQHC con los que trabajamos y que aparecen a continuación. Solo tiene que llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711** para solicitar ayuda.

FQHC del norte

- Whitney Young
- Hudson Headwaters FQHC
- Schenectady Family Health Services, Inc.
- Women’s Center
- Anthony L. Jordan Health Center (y West Side Health Services)
- East Hill Family Medical, Inc.
- Tri-County Family Medicine
- St. Regis Mohawk Health Services
- Oak Orchard Community Health Center, Inc.
- North Country Family Health
- Syracuse Community Health Center
- Family Health Network/Central NY
- Mosaic Health
- NW Buffalo Community Health
- Community Health Center of Buffalo
- United Cerebral Palsy Association of the North Country, Inc./Community Health Center of the North Country
- Finger Lakes Migrant Health
- Southern Tier Community Health Center Network
- Northern Oswego County Health Services
- Unity Hospital of Rochester
- Jericho Road
- Regional Health Region

FQHC del sur

- Beacon Christian Community Health Center
- Cornerstone Family Healthcare
- Morris Heights Health Center
- Joseph P. Addabbo Family Health Center
- ODA Primary Health Care Center, Inc.*
- Bedford Stuyvesant Family Health Center
- Brooklyn Plaza Medical Center
- Brownsville Multi-Service (BMS)*
- ICL Healthcare Choices
- Ezra Medical/L’Refuah
- HASC Diagnostic and Treatment Center
- The Floating Hospital
- Project Renewal
- Heritage Health and Housing
- Promesa
- Betances
- Charles B. Wang
- Open Door Family Medical Center, Inc.
- Hudson River Health Care* (ahora Sun River Health Care)
- William F. Ryan Community Health Center, Inc.

Parte I – Lo primero que debe saber

- Community League Healthcenter, Inc. (y CHN Long Island City Health Center)
- Institute for Family Health
- Mt. Vernon Neighborhood Health Center
- Callen Lorde Community Health Project
- Ezras Choilim
- Refuah Health Center
- APICHA (Asian and Pacific Island Coalition on HIV/AIDS)
- Upper Room Aids Ministry, D/B/A Harlem United
- Ryan Chelsea Clinton Community Health Center
- Community Medical and Dental
- Union Community Health Center (MPIN inactivo)
- East Harlem Council for Human Services, Inc. (Boriken Neighborhood Health Center)
- Damian Family Care Center
- Urban Health Plan*
- LIFQHC
- Premium Health
- Metro Community Health Center
- Lasante Health Center
- Long Island Select Healthcare (LISH)
- Community Health Center of Richmond
- Advantage Care Diagnostic and Treatment Center
- Hudson Valley Community Health Center
- Housing Works Health Services Inc.

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

- Tiene más de 3 meses de embarazo en el momento de afiliarse a UnitedHealthcare Community Plan y está recibiendo atención prenatal. En ese caso, puede conservar a su proveedor hasta después del parto y de la atención postparto. Continuará recibiendo esta atención posparto hasta 12 semanas después del parto.
- En el momento de afiliarse a UnitedHealthcare Community Plan, tiene una afección o enfermedad que pone en riesgo su vida y empeora con el tiempo. En ese caso, puede pedir conservar a su proveedor durante hasta 60 días.
- En el momento en que se une a UnitedHealthcare Community Plan, Medicaid pagó regularmente por su atención domiciliaria y debe seguir recibiendo esa atención durante al menos 120 días. En ese caso, puede conservar su misma agencia de atención domiciliaria, enfermero o asistente, y la misma cantidad de atención domiciliaria, durante al menos 90 días.

Parte I – Lo primero que debe saber

- En el momento en que se une a UnitedHealthcare Community Plan está recibiendo tratamiento por una afección de salud conductual. En la mayoría de los casos, puede seguir utilizando el mismo proveedor. Algunas personas pueden tener que elegir un proveedor que trabaje con el plan de salud. Asegúrese de hablar con su proveedor acerca de este cambio. UnitedHealthcare Community Plan trabajará junto a usted y su proveedor para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

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

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

También es posible que pueda elegir un médico de cabecera en su clínica de salud conductual.

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

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

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

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

Si su médico abandona UnitedHealthcare Community Plan, se lo diremos en un plazo de 15 días desde que lo sepamos. Si lo desea, podría ver a ese médico si tiene un embarazo de más de tres meses o si está recibiendo tratamiento continuo por una afección. Si está embarazada, puede continuar viendo a su médico durante las 12 semanas posteriores al parto. Si está viendo a un médico de forma regular por una afección crónica, puede continuar su tratamiento actual durante 90 días. Su médico debe estar de acuerdo en trabajar con UnitedHealthcare Community Plan durante ese período.

Si cualquiera de estas condiciones es aplicable a su caso, verifique con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**.

Cómo obtener atención médica regular

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

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

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

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

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

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

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

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

- Exámenes físicos de rutina e iniciales para adultos: en un plazo de 12 semanas
- Atención médica de urgencia: en un plazo de 24 horas
- Visitas por enfermedad que no sean urgentes: en un plazo de 3 días
- Atención médica preventiva, de rutina: en un plazo de 4 semanas
- Visita de seguimiento después de una visita para pacientes hospitalizados o en sala de emergencias (Emergency Room, ER) por salud mental o abuso de sustancias: 5 días
- Visita por abuso de sustancias o salud mental que no sea urgente: 1 semana

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

- Primer trimestre: la visita debe realizarse dentro de las 3 semanas posteriores a la solicitud de atención
- Segundo trimestre: la visita debe realizarse dentro de las 2 semanas posteriores a la solicitud de atención
- Tercer trimestre: la visita debe realizarse dentro de la semana posterior a la solicitud de atención
- Primera visita de recién nacido: dentro de las 2 semanas de dado de alta del hospital
- La visita inicial de planificación familiar debe realizarse dentro de las 2 semanas posteriores a la solicitud de atención.
- Referidos a especialistas y asuntos urgentes durante el embarazo:
 - Los referidos urgentes a especialistas deben realizarse lo antes posible, según lo que se indique a nivel clínico, dentro de las 72 horas
 - Los referidos no urgentes a especialistas deben realizarse lo antes posible, según lo que se indique a nivel clínico, dentro de las 2 a 4 semanas posteriores a la solicitud
 - En el caso de asuntos que no sean de emergencia, pero que sean urgentes, las personas embarazadas deben recibir atención dentro de las 24 horas posteriores a la solicitud de atención

Cómo obtener atención especializada: referidos

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

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

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

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

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

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

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

Si no tenemos un especialista en nuestra red de proveedores que pueda darle la atención que necesita, le brindaremos esa atención de un especialista fuera de nuestro plan. Esto se denomina **referido fuera de la red**. Su médico de cabecera o proveedor del plan debe solicitar la aprobación de UnitedHealthcare Community Plan antes de que pueda obtener un referido fuera de la red.

Parte I – Lo primero que debe saber

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

Su médico de cabecera debe llamar al Departamento de Autorización Previa de UnitedHealthcare al 1-866-362-3368, a fin de obtener autorización para que usted vaya a un especialista que no forme parte de la red de UnitedHealthcare. El especialista debe estar de acuerdo en trabajar con UnitedHealthcare y aceptar nuestros pagos como un pago total. Este permiso se llama “autorización previa”. Su PCP le explicará todo esto cuando le envíe a un especialista que no pertenezca a la red de UnitedHealthcare. Consulte la sección “Autorización de servicios” para obtener más información sobre qué documentación debe incluir su solicitud para ver a un proveedor que no esté en la red de UnitedHealthcare. Si UnitedHealthcare Community Plan aprueba el uso de un proveedor que no está en la red de UnitedHealthcare, usted no es responsable de ninguno de los costos, excepto los copagos descritos en este manual.

- A veces, podemos no aprobar un referido fuera de la red porque tenemos un proveedor en UnitedHealthcare Community Plan que puede atenderle. Si cree que nuestro proveedor del plan no tiene la capacitación o experiencia adecuadas para brindarle tratamiento, puede pedirnos que verifiquemos si su referido fuera de la red es médicamente necesario. Deberá solicitar una **apelación al plan**. Consulte la página 63 para saber cómo hacerlo.
- A veces, es posible que no aprobemos un referido fuera de la red para un tratamiento específico si ha solicitado atención que no es muy diferente de la que puede obtener de un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan. Puede pedirnos que verifiquemos si su referido fuera de la red para el tratamiento que desea es médicamente necesario. Deberá solicitar una **apelación al plan**. Consulte la página 63 para saber cómo hacerlo.

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

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

- Que su especialista actúe como su PCP.
- Un referido a un centro de atención médica de especialidades que se ocupe del tratamiento de su enfermedad.
- Una llamada a Servicios para Miembros para obtener ayuda para acceder a un centro de atención médica de especialidades.

Obtenga estos servicios de UnitedHealthcare Community Plan SIN un referido

Atención de la salud para la mujer

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

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

Planificación familiar

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

No necesita un referido de su médico de cabecera para recibir estos servicios. De hecho, puede elegir dónde recibirlos. Puede utilizar su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan para consultar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. Consulte nuestro Directorio de proveedores o llame a Servicios para Miembros a fin de obtener ayuda para encontrar un proveedor.

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

Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH

Todas las personas deben conocer su estado de VIH. Los exámenes de detección de VIH e ITS forman parte de su atención de la salud regular. Puede realizarse una prueba de VIH o ITS cada vez que acuda a una visita al consultorio o a la clínica.

Puede realizarse la prueba del VIH o ITS cada vez que tenga servicios de planificación familiar. No necesita un referido de su médico de cabecera (Primary Care Provider, PCP). Solo debe concertar una cita con cualquier proveedor de planificación familiar. Si desea realizarse una prueba del VIH o ITS, pero no como parte del servicio de planificación familiar, su médico de cabecera puede proveérsela o programarla por usted.

O bien, si prefiere no ver a uno de nuestros proveedores, puede usar la tarjeta de Medicaid para ver a un proveedor de planificación familiar fuera de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor del plan o un proveedor de Medicaid para los servicios de planificación familiar, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**.

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

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

Atención oftalmológica

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

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

Salud conductual (salud mental y consumo de sustancias)

Queremos ayudarle a obtener los servicios de salud mental y por consumo de sustancias que necesite. Si en algún momento cree que necesita ayuda con la salud mental o el consumo de sustancias, puede consultar con un profesional de la salud conductual de nuestra red para saber qué servicios puede necesitar. Esto incluye servicios como clínicas y servicios de desintoxicación. No necesita un referido de su médico de cabecera.

Asesoramiento para dejar de fumar

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

Parte I – Lo primero que debe saber

Examen de detección de depresión materna

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

Emergencias

Usted siempre tiene cobertura para emergencias.

Una emergencia significa una afección conductual o médica:

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

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

Ejemplos de una emergencia:

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

Ejemplos de casos que no son emergencias:

- Resfriados
- Dolor de garganta
- Problemas estomacales
- Moretones y cortaduras menores
- Esguinces

Parte I – Lo primero que debe saber

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

Si tiene una emergencia, debe hacer lo siguiente:

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

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

- le dirán qué hacer en casa;
- le dirán que vaya al consultorio del PCP, o
- le dirán que vaya a la sala de emergencia más cercana.

Si se encuentra fuera del área cuando tiene una emergencia:

- Diríjase a la sala de emergencias más cercana. Si recibe el alta de la sala de emergencias y le dan recetas, debe surtirlos en una farmacia inscrita en el programa NYRx de Medicaid.

Recuerde lo siguiente:

No necesita aprobación previa para servicios de emergencia.

Acuda a la sala de emergencias **solo** si tiene una **emergencia**.

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

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

Atención de urgencia

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

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

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

Atención fuera de los Estados Unidos

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

Deseamos mantenerle saludable

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

- Clases para dejar de fumar
- Nutrición y atención prenatal
- Apoyo por aflicción o pérdida
- Lactancia y atención de bebés
- Manejo del estrés
- Control del peso
- Control del colesterol
- Asesoramiento para diabetes y capacitación en autocontrol
- Asesoramiento para asma y capacitación en autocontrol

- Pruebas y protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Servicios por violencia doméstica
- Otras clases para usted y su familia

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** o visite nuestro sitio web en member.uhc.com/communityplan para obtener más información y una lista de las próximas clases.

Opción de aviso electrónico

UnitedHealthcare Community Plan y nuestros proveedores pueden enviarle avisos sobre autorizaciones de servicios, apelaciones al plan, quejas y apelaciones de quejas de forma electrónica, en lugar de hacerlo por teléfono o correo postal. También puede obtener su Manual para Miembros, nuestro Directorio de proveedores e información sobre los cambios en sus beneficios de atención médica que gestiona Medicaid.

Podemos enviarle estos avisos por correo electrónico y a través del portal web.

Si desea recibir estos avisos de forma electrónica, debe solicitarlo. Para solicitar avisos electrónicos, comuníquese con nosotros por teléfono, en línea o por correo postal:

Teléfono: **1-800-493-4647**, TTY **711**
En línea: www.myuhc.com
Por correo postal: UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Member Services – Member Notices
P.O. Box 30753
Salt Lake City, UT, 84134

Cuando se comuniqué con nosotros, deberá hacer lo siguiente:

- Informarnos cómo desea recibir los avisos que normalmente se envían por correo postal,
- Decirnos cómo desea recibir los avisos que normalmente se realizan por teléfono, y
- proporcionarnos su información de contacto (número de teléfono móvil, dirección de correo electrónico, número de fax, etc.).

UnitedHealthcare Community Plan le informará por correo que ha solicitado recibir notificaciones electrónicamente.

Parte II:

Sus beneficios y procedimientos del plan

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

Beneficios

Medicaid Managed Care proporciona una cantidad de servicios que puede obtener además de aquellos que tiene con Medicaid regular. UnitedHealthcare Community Plan proporcionará o coordinará la mayoría de los servicios que necesite. Puede recibir algunos servicios sin consultar con su PCP. Estos servicios incluyen atención de emergencia, planificación familiar, asesoramiento y pruebas de VIH, y servicios específicos de “autoreferido”. Llame a nuestro departamento de Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con alguno de los servicios a continuación.

Nueva tecnología

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

Servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

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

Atención médica regular

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

Atención preventiva

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

Atención de maternidad

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Mamografías

- **Dentro de la red:** con cobertura
- **Las mamografías de diagnóstico** (mamografías que se realizan en relación con el tratamiento o el seguimiento del cáncer de mama) son ilimitadas y están cubiertas siempre que sean médicamente necesarias
- **Las mamografías de detección** están cubiertas una vez cada 12 meses; deben haber pasado 11 meses completos desde el último examen de detección

Atención de la salud a domicilio

- Debe ser médicamente necesaria y coordinada por UnitedHealthcare Community Plan
- Una visita domiciliaria médicamente necesaria después del parto y visitas adicionales según sea médicamente necesario para las mujeres en riesgo
- Al menos 2 visitas para bebés de alto riesgo (recién nacidos)
- Otras visitas de atención de la salud en el hogar según sea necesario y las solicite su médico de cabecera/especialista

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

- Deben ser médicamente necesarios y un miembro del personal de enfermería del programa New York Independent Assessor (NYIA) debe completar una evaluación de servicios de cuidado personal (Personal Care Service, PCS) y servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS)
- Un médico del NYIA hará un examen clínico y una orden médica después de la evaluación
- El Panel de Revisión Independiente (Independent Review Panel, IRP) del NYIA revisará su plan de atención si tiene más de 12 horas de atención por día en promedio por primera vez
- Ya no se necesita una visita aparte a su médico para obtener un formulario de solicitud del médico
- Le volverán a evaluar al menos cada 12 meses
- Asistente para el cuidado personal/hogar: ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse, y ayuda con la preparación de comidas y las tareas domésticas
- CDPAS: ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse, ayuda con la preparación de comidas y las tareas domésticas, además de asistente de salud en el hogar y enfermería. Esto lo proporciona un asistente elegido y dirigido por usted.
- Si desea obtener más información, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**

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

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

Servicios de atención de adultos durante el día

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

Servicios de atención de adultos con sida durante el día

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

Tratamiento para la tuberculosis (TB)

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

Atención en centros de cuidados para enfermos terminales

- La atención en centros de cuidados paliativos ayuda a los pacientes y a sus familias con sus necesidades especiales que surgen durante las últimas etapas de una enfermedad y después de la muerte
- Debe ser médicamente necesaria y coordinada por UnitedHealthcare Community Plan
- Proporciona servicios de apoyo y algunos servicios médicos a pacientes que están enfermos y esperan vivir un año o menos
- Puede recibir estos servicios en el hogar, en un hospital o en un hogar de atención de enfermería

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

Si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Atención dental

UnitedHealthcare Community Plan considera que ofrecerle una buena atención dental es importante para su atención a la salud en general. Ofrecemos atención dental a través de contactos con dentistas individuales y prácticas grupales, expertos en proporcionar servicios odontológicos de alta calidad.

UnitedHealthcare Community Plan cubre servicios dentales como los siguientes:

- Controles dentales preventivos
- Limpiezas
- Radiografías
- Empastes

En ciertas circunstancias, UnitedHealthcare Community Plan puede cubrir servicios adicionales, como los siguientes:

- Dentaduras postizas
- Implantes
- Coronas
- Tratamientos de conducto

¡No necesita un referido de su médico de cabecera para ir al dentista!

Cómo obtener servicios dentales:

No necesita seleccionar un dentista de atención primaria como parte de UnitedHealthcare Community Plan. Puede elegir cualquier dentista participante (que forme parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan) de la lista que figura en el Directorio de proveedores.

- Si necesita encontrar un dentista o cambiar de dentista, llame al **1-800-493-4647**. Los representantes del Servicio al Cliente están aquí para ayudarle.
- Muestre su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan para acceder a los beneficios dentales. No recibirá una tarjeta de identificación distinta para servicios dentales. Cuando visite a su dentista, deberá mostrar su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan.

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

Atención de ortodoncia

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

Atención oftalmológica

- Servicios de un oftalmólogo, proveedor oftalmológico y optometrista, y cobertura para lentes de contacto, lentes de policarbonato, lentes artificiales y/o reemplazo de anteojos en caso de pérdida o ruptura, incluso reparaciones, cuando sea médicamente necesario. Las lentes artificiales se cubren según lo solicitado por un proveedor del plan.
- Exámenes de los ojos, generalmente cada dos años, a menos que médicamente se necesiten con mayor frecuencia.
- Anteojos (nuevo par de marcos aprobado por Medicaid cada dos años o con mayor frecuencia, si es médicamente necesario).
- Examen de escasa visión y aparatos para la visión solicitados por su médico.
- Referidos a especialistas para enfermedades o defectos oculares.
- Las personas inscritas que padecen de diabetes pueden remitirse ellas mismas para un examen de pupilas dilatadas (retinas) una vez en un período de 12 meses.

Atención hospitalaria

- Atención para pacientes internados
- Atención para pacientes ambulatorios
- Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas necesarias

Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia
- Después de recibir atención de emergencia, es necesario que reciba otra atención para asegurarse de permanecer en una condición estable. Según la necesidad, podría ser tratado en la sala de emergencias, en un cuarto de hospital para pacientes hospitalizados o en otra área. Esto se denomina **servicios posteriores a la estabilización**.
- Para obtener más información sobre los servicios de emergencia, consulte la página 24

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Atención de especialidades

Incluye los servicios de otros profesionales, incluso:

- Fisioterapeutas
- Terapeutas ocupacionales y del habla
- Audiólogo
- Parteras
- Rehabilitación cardíaca
- Psiquiatras
- Psicólogos
- Trabajadores sociales autorizados
- Psicoterapeutas

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

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

Rehabilitación:

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

Estadía a largo plazo:

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

Estadía a largo plazo significa que vivirá en un hogar de atención de enfermería.

Cuando sea elegible para la estadía a largo plazo, podrá seleccionar uno de los hogares de atención de enfermería que se encuentra en la red de UnitedHealthcare Community Plan y satisfaga sus necesidades. Llame al **1-800-493-4647** para obtener ayuda para encontrar un hogar de atención de enfermería en nuestra red.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Si desea vivir en un hogar de atención de enfermería que no forma parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan, debe transferirse a otro plan que tenga el hogar de atención de enfermería en su red.

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

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

Cómo se determina su elegibilidad en virtud de Medicaid para servicios de un hogar de atención de enfermería a largo plazo

Debe solicitar a su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS) que Medicaid o UnitedHealthcare Community Plan pague por los servicios de un hogar de atención de enfermería a largo plazo. El LDSS revisará sus ingresos y activos para determinar su elegibilidad para los servicios de un hogar de atención de enfermería a largo plazo. El LDSS le informará los costos que pueda tener para pagar para recibir los servicios de un hogar de atención de enfermería a largo plazo.

Recursos adicionales

Si tiene inquietudes sobre los servicios de un hogar de atención de enfermería a largo plazo, la elección de un hogar de atención de enfermería o el efecto de esto en sus finanzas, hay recursos adicionales disponibles que pueden ayudarle.

- La Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) proporciona asistencia gratuita y confidencial. Llame al 1-844-614-8800 o visite www.icannys.org.
- Oficina para la Tercera Edad del Estado de Nueva York
 - El Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP) proporciona servicios gratuitos de asesoramiento y defensa en relación con asuntos del seguro de salud. Llame al 1-800-701-0501.
 - NY CONNECTS funciona como un enlace a servicios y apoyo a largo plazo. Llame al 1-800-342-9871 o visite www.nyconnects.ny.gov.
- En la Declaración de Derechos para Hogares de Atención de Enfermería (Nursing Home Bill of Rights, NHBOR), se describen sus derechos y responsabilidades como residente de un hogar de atención de enfermería. Para obtener más información sobre la NHBOR, visite www.health.ny.gov/facilities/nursing/rights/.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Atención de la salud conductual

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

Atención de la salud mental para adultos

- Servicios psiquiátricos
- Servicios psicológicos
- Tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Inyecciones para afecciones relacionadas con la salud conductual
- Servicios de rehabilitación si está en un hogar de la comunidad o bajo tratamiento basado en la familia
- Asesoramiento individual y grupal a través de las clínicas de la Oficina de Salud Mental (OMH)

Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios

- Tratamiento de día continuo (Continuing Day Treatment, CDT)
- Hospitalización parcial (Partial Hospitalization, PH)

Atención de la salud mental de rehabilitación para pacientes adultos ambulatorios

Tratamiento asertivo comunitario (Assertive Community Treatment, ACT): es un servicio de salud conductual especializado que brinda servicios a través de un enfoque de equipo a adultos con enfermedades mentales graves (Serious Mental Illness, SMI) cuyas necesidades no han sido satisfechas por los enfoques tradicionales o que están en riesgo de ingresar o regresar a su hogar después de recibir servicios de alta intensidad, como servicios para pacientes hospitalizados o servicios residenciales.

Limitaciones:

- No se requieren Determinaciones de nivel de servicio (Level of Service Determinations, LOSD) ni autorización previa
- Puede haber una revisión concomitante para los inscritos que presentan desencadenantes clínicos específicos

Servicios personalizados orientados a la recuperación (Personalized Recovery Oriented Services, PROS): es un programa para adultos mayores de 18 años con enfermedades mentales graves (SMI). Ayuda a las personas a través de programas de rehabilitación, tratamiento y apoyo para que vivan de manera independiente, construyan apoyos, busquen empleo y lo conserven, alcancen niveles de educación más altos, obtengan una vivienda preferida y mejoren el control de medicamentos.

Limitaciones:

- No se requiere autorización previa
- Puede haber una revisión concomitante para los inscritos que presentan desencadenantes clínicos específicos

Servicios para casos de crisis de salud mental para adultos

- Programa integral de emergencia psiquiátrica (Comprehensive Psychiatric Emergency Program, CPEP) que incluye cama de observación ampliada
- Servicios de intervención para casos de crisis
 - Servicios móviles y telefónicos para casos de crisis
- Programas residenciales para casos de crisis:
 - Apoyo residencial para casos de crisis: este es un programa para personas de 18 años o más con síntomas de angustia emocional. Estos síntomas no se pueden tratar en el hogar ni en la comunidad sin ayuda.
 - Residencia para tratamiento intensivo en casos de crisis: Este es un programa para personas de 18 años o más con síntomas de angustia emocional grave.

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

- Servicios para casos de crisis/desintoxicación
 - Servicios para casos de abstinencia y estabilización gestionados médicamente
 - Servicios para casos de abstinencia y estabilización de pacientes hospitalizados supervisados médicamente
 - Servicios para casos de abstinencia y estabilización de pacientes ambulatorios supervisados médicamente
- Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados
- Servicios de tratamiento residencial para la adicción
 - Estabilización
 - Rehabilitación
 - Reintegración
- Servicios ambulatorios de tratamiento de adicciones
 - Clínica para pacientes ambulatorios
 - Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
 - Servicios auxiliares para casos de abstinencia
 - Tratamiento asistido con medicamentos
 - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
 - Programas de tratamiento para consumo de opioides (Opioid Treatment Programs, OTP)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- tratamiento de trastornos del juego proporcionado por programas certificados por la Oficina de Servicios y Apoyos para las Adicciones (Office of Addiction Services and Supports, OASAS)
 - UnitedHealthcare Community Plan cubre el tratamiento de trastornos del juego proporcionado por programas certificados por la Oficina de Servicios y Apoyos para las Adicciones (OASAS)
 - Puede recibir tratamiento para un trastorno del juego:
 - En persona, o
 - A través de la Telesalud.
 - Si necesita tratamiento para un trastorno del juego, puede obtenerlo de un programa ambulatorio de la OASAS o, si es necesario, de un programa hospitalario o residencial de la OASAS
 - No necesita un referido de su médico de cabecera (PCP) para obtener estos servicios. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al número que se indica a continuación.
 - Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY/TDD **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Servicios de reducción de daños

Si necesita ayuda con un trastorno por consumo de sustancias, los servicios de reducción de daños pueden ofrecer un enfoque completo orientado al paciente para su salud y bienestar. UnitedHealthcare Community Plan cubre servicios que pueden ayudar a reducir el consumo de sustancias y otros daños relacionados, y que recomiende un médico u otro profesional autorizado. Estos servicios incluyen:

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

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

Atención de salud mental para personas menores de 21 años

Todos los hijos elegibles menores de 21 años:

- Programa integral de emergencia psiquiátrica (Comprehensive Psychiatric Emergency Program, CPEP) que incluye cama de observación ampliada
- Hospitalización parcial (Partial Hospitalization, PH)
- Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados
- Asesoramiento individual y grupal a través de clínicas de la OMH
- Servicios de tratamiento y apoyo para niños y familiares (Children and Family Treatment and Support Services, CFTSS), que incluyen lo siguiente:
 - Otro profesional autorizado (Other Licensed Practitioner, OLP)
 - Rehabilitación psicosocial (Psychosocial Rehabilitation, PSR)
 - Apoyos y tratamiento psiquiátrico comunitario (Community Psychiatric Supports and Treatment, CPST)
 - Servicios de apoyo familiar de pares (Family Peer Support Services, FPSS)
 - Intervención en caso de crisis (Crisis Intervention, CI)
 - Apoyo juvenil de pares (Youth Peer Support, YPS)
- Servicios psiquiátricos
- Servicios psicológicos
- Inyecciones para afecciones relacionadas con la salud conductual
- Residencia para niños en crisis: Este es un programa de apoyo y tratamiento para personas menores de 21 años. Estos servicios ayudan a las personas a afrontar una crisis emocional y a volver a su hogar y comunidad.
- Servicios de intervención para casos de crisis:
Servicios móviles y telefónicos para casos de crisis: Los equipos móviles para casos de crisis pueden brindarle ayuda a usted, a sus hijos y a otros miembros de la familia con síntomas de crisis de salud mental y adicciones. Algunos de los síntomas pueden ser:
 - mayor ansiedad,
 - depresión,
 - estrés debido a un evento o cambio importante en la vida,
 - necesidad de hablar con alguien para prevenir una recidiva.

Usted y su familia pueden llamar y hablar con un profesional sobre una crisis, obtener apoyo y recibir una derivación a otros servicios cuando sea necesario.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT) para jóvenes: es un servicio de salud conductual especializado para jóvenes de 10 a 21 años que brinda servicios a través de un enfoque de equipo a niños/jóvenes con trastornos emocionales graves (Serious Emotional Disorder, SED), cuyas necesidades no han sido satisfechas por los enfoques tradicionales, o que están en riesgo de ingresar o regresar a su hogar después de recibir servicios de alta intensidad, como servicios para pacientes hospitalizados o servicios residenciales.
 - Limitaciones
 - No se requieren Determinaciones de nivel de servicio (LOSD) ni autorización previa
 - Puede haber una revisión concomitante para los inscritos que presentan un desencadenante clínico específico

Servicios de salud mental para niños menores de 21 años elegibles (de 18 a 20 años):

- Tratamiento asertivo comunitario (Assertive Community Treatment, ACT): es un servicio de salud conductual especializado para adultos en edad de transición entre 18 y 25 años a quienes se les diagnostica una enfermedad mental grave (SMI) y cuyas necesidades no han sido satisfechas por los enfoques tradicionales, o que están en riesgo de ingresar o regresar a su hogar después de recibir servicios de alta intensidad, como servicios para pacientes hospitalizados o servicios residenciales.
 - Limitaciones
 - No se requieren Determinaciones de nivel de servicio (LOSD) ni autorización previa
 - Puede haber una revisión concomitante para los inscritos que presentan un desencadenante clínico específico
- Tratamiento de día continuo (Continuing Day Treatment, CDT)
- Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS):
- Programas residenciales para casos de crisis:
 - Apoyo residencial para casos de crisis: este es un programa para personas de 18 años o más con síntomas de angustia emocional. Estos síntomas no se pueden tratar en el hogar ni en la comunidad sin ayuda.
 - Residencia para tratamiento intensivo en casos de crisis: Este es un programa para personas de 18 años o más con síntomas de angustia emocional grave.

Atención para personas menores de 21 años con trastornos por consumo de sustancias

- Servicios para casos de crisis/desintoxicación
 - Servicios para casos de abstinencia y estabilización gestionados médicamente
 - Servicios para casos de abstinencia y estabilización de pacientes hospitalizados supervisados médicamente
 - Servicios para casos de abstinencia y estabilización de pacientes ambulatorios supervisados médicamente
- Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- Servicios de tratamiento residencial para la adicción
 - Estabilización
 - Rehabilitación
 - Reintegración
- Servicios ambulatorios de tratamiento de adicciones
 - Clínica para pacientes ambulatorios
 - Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
 - Servicios auxiliares para casos de abstinencia
 - Tratamiento asistido con medicamentos
 - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
 - Programas de tratamiento para consumo de opioides (Opioid Treatment Programs, OTP)

Servicios basados en el hogar y la comunidad para niños

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

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

¿Quién puede recibir HCBS infantiles?

Los HCBS infantiles son para niños y jóvenes que:

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

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

- Habilidad comunitaria
- Habilidad diurna
- Servicios de apoyo y defensa del cuidador/familiar
- Servicios vocacionales: debe tener 14 años o más
- Empleo respaldado: debe tener 14 años o más
- Servicios de relevo (relevo planificado y relevo en crisis)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- Cuidados paliativos
 - Terapia expresiva
 - Masaje terapéutico
 - Servicios de apoyo por duelo
 - Control del dolor y de los síntomas
- Modificaciones ambientales
- Modificaciones del vehículo
- Tecnología adaptativa y de asistencia
- Transporte no médico

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

- Si recibe atención médica de una Agencia de Administración de la Atención (Care Management Agency, CMA) del programa Health Home, puede permanecer con su CMA. UnitedHealthcare Community Plan trabajará con su CMA para ayudarle a obtener los servicios que necesita.
- Si recibe administración de la atención del Servicio de Evaluación de Niños y Jóvenes (Children and Youth Evaluation Service, C-YES), UnitedHealthcare Community Plan trabajará con C-YES y le proporcionará administración de la atención.

Limitaciones de Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) para niños:

- El proveedor de HCBS debe proporcionar una notificación inicial para la aprobación inicial durante los primeros 60 días, 96 unidades o 24 horas de servicio
- Se debe obtener autorización previa antes de que se agoten las unidades iniciales

La autorización de servicios que superen los límites establecidos por el estado requerirá una justificación documentada por un profesional autorizado de las artes curativas

Servicios de establecimientos de salud de la Agencia de Cuidado Voluntario de Acogida (VFCA) del Artículo 29-I

UnitedHealthcare Community Plan cubre los Servicios de establecimientos de salud de la Agencia de Cuidado Voluntario de Acogida (Voluntary Foster Care Agency, VFCA) del Artículo 29-I para niños y jóvenes menores de 21 años.

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

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

Servicios básicos limitados relacionados con la salud

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

Y

Otros servicios limitados relacionados con la salud

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Administración de la atención mediante el programa Health Home

UnitedHealthcare Community Plan desea atender todas sus necesidades de salud. Si tiene varios problemas de salud, puede beneficiarse de la Administración de la atención mediante el programa Health Home para ayudar a coordinar todos sus servicios de salud.

Un administrador de la atención de Health Home puede:

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

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

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

Servicios de tratamiento de la infertilidad

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

UnitedHealthcare Community Plan cubrirá la coordinación de la atención relacionada con medicamentos limitados para tratar la infertilidad cubiertos por el programa de farmacias de Medicaid. El beneficio de infertilidad incluye:

- Visitas al consultorio
- Radiografía del útero y las trompas de Falopio
- Ecografía pélvica
- Análisis de sangre
- Inyecciones en el consultorio médico
- Las inyecciones autoadministradas en el hogar están cubiertas por NYRx, el programa de farmacia de Medicaid

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Elegibilidad

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

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

Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla

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

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

Cuidado de los pies

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

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Telesalud

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

La Telesalud puede implicar lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Elegibilidad

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

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

Además, debe cumplir con uno de los siguientes criterios:

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

Hable con su médico para ver si reúne los requisitos para participar en el Programa Nacional de Prevención de la Diabetes.

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

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

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

¿Quiénes pueden obtener ABA?

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

Los servicios de ABA incluyen:

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Atención y servicios relacionados con la disforia de género

UnitedHealthcare Community Plan cubre los siguientes servicios y atención relacionados con la disforia de género:

- Cirugías, servicios y procedimientos de reasignación de género (cambio de sexo);
- Supresores de la pubertad (medicamentos utilizados para retrasar los efectos de la pubertad); y
- Terapia hormonal para cambio de sexo (medicamentos hormonales utilizados para ayudar con el cambio de sexo).

¿Qué es la disforia de género?

La disforia de género es la sensación de incomodidad o molestia que puede ocurrir cuando existe un conflicto entre el sexo que se le asignó al nacer y el género con el que se identifica.

Cirugía de reasignación de género

Para recibir una cirugía para el tratamiento de la disforia de género, usted debe:

- Recibir una determinación de necesidad médica de un profesional médico calificado.
- Tener 18 años de edad o más. Los miembros menores de 18 años se considerarán caso por caso para determinar la necesidad médica y deben recibir la aprobación previa de UnitedHealthcare Community Plan, según corresponda.
- Haber vivido según un rol de género que concuerde con su identidad de género durante 12 meses. Durante este tiempo, debe haber recibido asesoramiento de salud conductual, según lo que haya considerado necesario el profesional médico calificado que le atiende.
- Tener dos cartas de profesionales de la salud autorizados y calificados del Estado de Nueva York en las que se recomiende una cirugía según su propia evaluación.

Supresores de la pubertad y hormonas para cambio de sexo

UnitedHealthcare Community Plan proporcionará terapia hormonal que sea médicamente necesaria para el tratamiento de la disforia de género. El tratamiento con supresores de la pubertad debe:

- Basarse en una determinación de un profesional médico calificado.

Para recibir un tratamiento con hormonas para cambio de sexo, los miembros deben cumplir los siguientes criterios en relación con la edad:

- Los miembros de 16 años o más deben recibir una determinación de la necesidad médica por parte de un profesional calificado.
- Los miembros de 16 y 17 años también deben recibir una determinación de que son elegibles y están listos para recibir el tratamiento por parte de un profesional médico calificado.
- Los miembros menores de 16 años deben cumplir con los criterios anteriores y recibir la aprobación previa de UnitedHealthcare Community Plan, según corresponda.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Hable con su proveedor de atención médica para saber si reúne los requisitos para recibir atención y servicios relacionados con la disforia de género. Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**.

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME)/aparatos auditivos/prótesis/ortopedia
- Servicios con orden judicial
- Administración de casos
- Ayudar a obtener servicios de apoyo social
- Centros de Salud Calificados con Certificación Federal (FQHC)
- Servicios de un podólogo según sea médicamente necesario

Beneficios que puede obtener de UnitedHealthcare Community Plan O con la tarjeta Medicaid

Para algunos servicios, puede elegir dónde recibir la atención. Puede obtener estos servicios usando la tarjeta de membresía de UnitedHealthcare Community Plan. También puede consultar a proveedores que aceptan su tarjeta de beneficios Medicaid. No necesita un referido de su médico de cabecera para recibir estos servicios. Si tiene preguntas, llámenos al **1-800-493-4647**.

Planificación familiar

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Pruebas de detección de VIH e ITS (cuando recibe este servicio como parte de una visita de planificación familiar)

Todas las personas deben conocer su estado de VIH. Las pruebas de detección del VIH y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) forman parte de su atención de la salud habitual.

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

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

Puede consultar con su PCP o llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** para obtener una lista de los lugares donde puede concurrir para recibir estos servicios. También puede llamar a la línea directa del programa Growing Up Healthy del estado de New York (1-800-522-5006) para averiguar en qué lugares cercanos puede obtener estos servicios.

Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis (TB)

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

Beneficios que obtiene solo con su TARJETA DE MEDICAID

Existen algunos servicios que UnitedHealthcare Community Plan no proporciona. Puede obtener estos servicios de un proveedor que acepte Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid.

Farmacia

Puede comprar medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, fórmulas enterales y algunos suministros médicos en cualquier farmacia que acepte Medicaid. Algunas personas deben abonar un copago para algunos medicamentos y artículos de farmacia.

Ciertos medicamentos pueden requerir que su médico obtenga una autorización previa de Medicaid antes de que la farmacia pueda dispensarle su medicamento. Obtener la autorización previa es un proceso simple para su médico y no le impide obtener los medicamentos que necesita.

¿Tiene preguntas o necesita ayuda? Puede obtener asistencia mediante la línea de ayuda de Medicaid. Los representantes pueden comunicarse en el idioma que usted prefiera. Puede llamar al 1-800-541-2831, TTY 1-800-662-1220.

Horario de atención:

- De lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- Sábados, de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Transporte

El transporte médico de emergencia y el transporte que no sea de emergencia estarán cubiertos por los beneficios regulares de Medicaid. Para obtener transporte que no sea de emergencia, usted o su proveedor deben llamar a Medical Answering Services, LLC (MAS) al 1-844-666-6270. También puede programar el transporte creando una cuenta en línea y utilizando el sitio web de MAS: <https://www.medanswering.com>. Si es posible, usted o su proveedor deben llamar a Medical Answering Services, LLC (MAS) al menos 3 días antes de su cita médica y proporcionar su número de identificación de Medicaid (p. ej., AB12345C), la fecha y hora de la cita, la dirección a la que se dirige, y el nombre del médico que visitará. El transporte médico que no sea de emergencia incluye: vehículo personal, autobús, taxi, camioneta y transporte público.

Si tiene una emergencia y necesita una ambulancia, debe llamar al **911**.

Nota: El transporte que no sea de emergencia no está cubierto para las personas mayores de 65 años que sean extranjeros indocumentados.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Discapacidades del desarrollo

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento de día
- Servicios en la vivienda
- Programa de Coordinación de Servicios de Medicaid (Medicaid Service Coordination, MSC)

Servicios SIN cobertura:

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

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria.
- Artículos para su comodidad y personales.
- Servicios de un proveedor que no forme parte de UnitedHealthcare Community Plan, a menos que sea un proveedor que pueda consultar según se describe en otra sección de este manual, o que UnitedHealthcare Community Plan o su PCP le deriven a ese proveedor.
- Servicios para los cuales necesita un referido (aprobación) por anticipado y no lo obtuvo.
- Medicamentos utilizados para tratar la disfunción eréctil o sexual.

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

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

Si recibe una factura

UnitedHealthcare proporciona una gran variedad de servicios de atención médica sin costo alguno para usted. Nunca tiene que pagar nada a su PCP u a otro proveedor participante de UnitedHealthcare. No se le debe cobrar por ningún servicio aprobado ofrecido a través de UnitedHealthcare cuando lo recibe de un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Tiene derecho a solicitar una apelación al plan si cree que se le exige pagar algo que Medicaid o UnitedHealthcare Community Plan deberían cubrir. Consulte la sección Apelaciones al plan más adelante en este manual.

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

Autorización de servicio

Autorización previa:

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

- Admisiones a los centros de pacientes hospitalizados (por ejemplo: hospitales, excepto por servicios de maternidad y trastorno por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados)
- Servicios de atención de la salud en el hogar
- Servicios de Atención Personal
- Determinados equipos médicos duraderos (DME) superiores a \$500
- Todas las sillas de ruedas eléctricas, independientemente del costo
- Solicitudes de oxígeno tópico
- Dispositivos ortopédicos y prótesis superiores a \$500
- Cirugía cosmética y reconstructiva
- Evaluaciones y cirugía de derivación gástrica
- Servicios de radiología avanzados, incluso exámenes de MRI, MRA y PET
- Servicios dentales accidentales
- Servicios de atención médica investigativa o experimental
- Servicios fuera de la red o fuera del estado
- Solicitudes de utilizar un proveedor no participante
- Evaluaciones e inclusión en listas de trasplantes
- Tratamiento de la disfunción eréctil, tratamientos farmacológicos, dispositivos y/o cirugía (no incluye medicamentos orales)
- Inyectables médicos, incluidos IGIV, bótox, Acthar HP y Makena
- Enfermería privada de forma ambulatoria
- Estudios del sueño para miembros mayores de 6 años, pacientes hospitalizados y/o ambulatorios
- Terapia hormonal para cambio de sexo

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- Cirugía de reasignación de género
- Reasignación de sexo después del tratamiento de transición

Solicitar aprobación para un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicios**. Para obtener aprobación para estos tratamientos o servicios, su médico o proveedor de atención médica debe llamar al Departamento de Autorización Previa de UnitedHealthcare al 1-866-362-3368, o enviar una solicitud por escrito o fax al 1-866-950-4490. Las solicitudes por escrito extendidas por su médico o proveedor de atención médica se pueden enviar a:

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

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

Qué sucede después de obtener la solicitud de autorización de servicio:

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

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Realizaremos una revisión acelerada en los siguientes casos:

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

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

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

Plazos para solicitudes de autorización previa:

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

Plazos para solicitudes de revisión concurrente:

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Plazos especiales para otras solicitudes:

- Si está en el hospital o acaba de abandonar el hospital y solicita atención de la salud en el hogar, tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas desde su solicitud.
- Si recibe tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias en pacientes hospitalizados y solicita más servicios al menos 24 horas antes de recibir el alta, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas posteriores a su solicitud.
- Si solicita servicios de salud mental o trastorno por consumo de sustancias que puedan estar relacionados con una comparecencia en un tribunal, tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas desde su solicitud.
- Si solicita un medicamento que debe administrar un profesional en un hospital, una clínica o un consultorio médico para pacientes ambulatorios, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas posteriores a su solicitud, después de que su proveedor de atención médica haya proporcionado a UnitedHealthcare Community Plan un formulario de autorización previa completo con toda la información necesaria para revisar la solicitud.
- Un protocolo de terapia escalonada significa que necesitamos que pruebe otro medicamento primero, antes de aprobar el medicamento que solicita. Si solicita una aprobación para anular un protocolo de terapia escalonada, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas para medicamentos que deba administrar un profesional en un hospital, clínica o consultorio médico para pacientes ambulatorios, después de que su proveedor de atención médica haya proporcionado a UnitedHealthcare Community Plan un formulario de autorización previa completo con toda la información necesaria para revisar la solicitud.

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

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

Usted, su proveedor o su representante también pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Puede ser porque tiene más información para entregarnos que podría ayudar a tomar una decisión sobre su caso. Esto se puede realizar llamando al **1-800-493-4647** o por escrito a la siguiente dirección:

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

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

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

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

Otras decisiones sobre su atención:

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

Plazos para otras decisiones sobre su atención:

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

Cómo pagamos a nuestros proveedores

Tiene el derecho de preguntar si tenemos algún acuerdo financiero especial con nuestros proveedores que podría afectar la atención de la salud. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** si tiene inquietudes específicas. La mayoría de nuestros proveedores reciben su pago a través de una o varias de las siguientes formas:

- La mayoría de los PCP que trabajan en una clínica o centro de salud perciben un **sueldo**. La cantidad de pacientes que ven no afecta su sueldo.
- Los PCP que trabajan desde sus propios consultorios pueden percibir un cargo fijo todos los meses por cada paciente que tengan. El cargo no se modifica, independientemente de la cantidad de veces que el paciente visite al PCP. Esto se denomina **capitación**.
- Los proveedores pueden recibir una tarifa fija por cada persona de su lista de pacientes, pero se puede retener algo de dinero para un fondo de **incentivo**. Al final del año, los PCP que hayan cumplido con los estándares de incentivos que establece por UnitedHealthcare Community Plan reciben pagos adicionales.
- Los proveedores también pueden recibir un **pago de cargos por servicio**. Esto significa que perciben un cargo fijo por cada servicio que proveen.

Usted puede ayudar con las políticas del plan

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

Información adicional de Servicios para Miembros

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

- Una lista de nombres, direcciones y cargos de la junta de directores, ejecutivos, dirigentes, propietarios y socios de UnitedHealthcare Community Plan
- Una copia de los estados financieros/estados contables más recientes, resúmenes de ingresos y egresos
- Una copia del contrato de suscriptor de pago directo individual más reciente
- Información del Departamento de Servicios Financieros acerca de quejas de los consumidores sobre UnitedHealthcare Community Plan
- Cómo se mantienen sus registros médicos e información de miembros de forma confidencial

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- Por escrito, se le informará cómo UnitedHealthcare Community Plan controla la calidad de la atención hacia nuestros miembros
- Le informaremos los hospitales con los que trabajan nuestros proveedores de salud
- Si lo pide por escrito, le informaremos sobre las pautas que utilizamos para revisar las afecciones o enfermedades cubiertas por UnitedHealthcare Community Plan
- Si lo pide por escrito, le informaremos sobre la preparación requerida y cómo los proveedores de atención médica pueden aplicar para formar parte de UnitedHealthcare Community Plan
- Si lo pregunta, le informaremos:
 1. Si nuestros contratos o subcontratos incluyen planes de incentivos médicos que afecten el uso de los servicios de referidos y, en tal caso;
 2. Información sobre el tipo de acuerdos de incentivos utilizados; y
 3. Si se les provee un seguro de limitación de responsabilidad a los médicos y grupos de médicos.
- Información sobre cómo está organizada y cómo trabaja la empresa.

Envíe todas las solicitudes por escrito a:

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

Manténganos informados

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

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Si ya no tiene cobertura de Medicaid, es posible que pueda inscribirse en otro programa. Comuníquese con su Departamento Local de Servicios Sociales o con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, el mercado oficial de planes de salud, al 1-855-355-5777 o visite nystateofhealth.ny.gov.

Cancelación de inscripción y transferencias

Si USTED desea abandonar UnitedHealthcare Community Plan

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

Algunos ejemplos de causa justa son:

- Nuestro plan de salud no cumple con los requisitos del estado de New York y, en consecuencia, nuestros miembros resultan perjudicados
- Se muda fuera del área de servicio
- Usted, UnitedHealthcare Community Plan y el LDSS coinciden en que la cancelación de la inscripción es lo mejor para usted
- Está exento o excluido de atención médica administrada
- No ofrecemos un servicio de atención médica administrada de Medicaid que pueda obtener de otro plan de salud en su área
- Necesita un servicio relacionado con un beneficio que decidimos no cubrir y obtener el servicio en forma separada pondría en riesgo su salud
- No hemos podido prestar los servicios según lo estipulado en nuestro contrato con el estado
- Es un niño al que se le ha colocado en cuidado de acogida en el LDSS o en un centro de salud 29-I y la cancelación de la inscripción en UnitedHealthcare Community Plan es lo mejor para usted
- No tenemos un contrato con el hogar de atención de enfermería en el que vive o en el que vivirá, y usted debe transferirse a un plan que sí lo tenga

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Para cambiar de plan:

Si se ha inscrito a través de su Departamento local de Servicios Sociales (LDSS):

- Llame al personal de atención médica administrada de su Departamento Local de Servicios Sociales
- Si vive en los condados de ciudad de New York, Albany, Cayuga, Chemung, Chenango, Clinton, Columbia, Dutchess, Erie, Essex, Fulton, Genesee, Greene, Jefferson, Lewis, Livingston, Madison, Monroe, Nassau, Onondaga, Ontario, Orange, Oswego, Rockland, St. Lawrence, Suffolk, Tioga, Ulster, Warren, Wayne o Westchester, llame a Medicaid Choice de New York al 1-800-505-5678. Los asesores de New York Medicaid Choice pueden ayudarle a cambiar de plan de salud.

Si se inscribió a través de NY State of Health:

- Registre su cuenta de NY State of Health en www.nystateofhealth.ny.gov, o
- Reúnase con un asistente de inscripción para recibir asistencia con la actualización de su cuenta, o
- Llame al Centro de Servicio al Cliente del Departamento de Salud del Estado de NY al 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

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

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Podría dejar de reunir los requisitos de UnitedHealthcare Community Plan

- Usted o su hijo deberían abandonar UnitedHealthcare Community Plan si usted o su hijo:
 - Se muda fuera del condado o área de servicio
 - Se cambia a otro plan de atención médica administrada
 - Tiene acceso a una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) u otro plan de seguros a través del trabajo
 - Va a la cárcel; o
 - Pierde la elegibilidad para Medicaid por otro motivo
- Es posible que su hijo deba abandonar UnitedHealthcare Community Plan o *cambiar de plan si:
 - Se afilia a un programa para hijos con discapacidades físicas
- **Si tiene que abandonar UnitedHealthcare Community Plan o deja de ser elegible para Medicaid, todos sus servicios pueden interrumpirse inesperadamente, incluida cualquier atención que reciba en su hogar.** Llame inmediatamente a New York Medicaid Choice al **1-800-505-5678** si esto sucede.

Podemos solicitarle que abandone UnitedHealthcare Community Plan

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

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

Apelaciones al plan

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

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

Su proveedor puede pedir reconsideración:

Si determinamos que su solicitud de autorización de servicio no era médicamente necesaria o era para fines de experimentación o investigación y no hablamos con su médico al respecto, este puede pedir hablar con nuestro director médico. El director médico hablará con su médico en el plazo de un día hábil.

Puede presentar una apelación al plan:

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

- Tiene **60 días calendario** a partir de la fecha del aviso de determinación adversa inicial para solicitar una apelación al plan.
- Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** si necesita ayuda para solicitar una apelación al plan o para seguir los pasos del proceso de apelación. Podemos asistirle si tiene necesidades especiales, como un problema de audición o visión, o si necesita servicios de traducción.
- Puede solicitar una apelación al plan usted mismo, o puede hacer que otra persona, como un familiar, amigo, médico o abogado, la solicite por usted. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración en la que diga que desea que esa persona le represente.
- No le trataremos diferente ni actuaremos incorrectamente con usted porque presente una apelación al plan.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

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

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

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

Si su apelación al plan da como resultado otra denegación, es posible que deba pagar los costos de los beneficios continuados que recibió.

Puede llamar o escribir para solicitar una apelación al plan. Cuando solicite una apelación al plan, o poco después, deberá indicarnos:

- Su nombre y dirección
- Número de afiliado
- El servicio que usted solicitó y el/los motivo(s) de la apelación
- Cualquier información que desee que revisemos, como registros médicos, cartas de médicos u otra información que explique por qué necesita el servicio
- Cualquier información específica que hayamos dicho que necesitábamos en el aviso de determinación adversa inicial
- Para ayudarle a prepararse para su apelación al plan, puede solicitar ver las guías, los registros médicos y otros documentos que utilizamos para tomar la determinación adversa inicial. Si se acelera su apelación al plan, es posible que tenga poco tiempo para darnos la información que desea que revisemos. Puede solicitar ver estos documentos o solicitar una copia gratuita llamando al **1-800-493-4647**.

Proporcionémos su información y materiales a través de los siguientes medios:

Teléfono: **1-800-493-4647**.

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Si solicita un servicio o proveedor fuera de la red:

- Si dijimos que el servicio que solicitó no es muy diferente de un servicio disponible de un proveedor participante, puede pedirnos que verifiquemos si este servicio es médicamente necesario para usted. Deberá pedirle a su médico que envíe esta información con su apelación al plan:
 1. Una declaración por escrito de su médico en la que indique que el servicio fuera de la red es muy diferente del servicio que el plan puede proporcionar con un proveedor participante. Su médico debe ser un especialista certificado por una junta o elegible para la certificación, que atienda a personas que necesitan el servicio que usted solicita.
 2. Dos documentos médicos o científicos en los que se demuestre que el servicio que solicita es más útil para usted y no le causará más daño que el servicio que el plan puede proporcionar con un proveedor participante.

Si su médico no envía esta información, revisaremos su apelación al plan de todos modos. Sin embargo, es posible que usted no sea elegible para una apelación externa. Consulte la sección Apelaciones externas más adelante en este manual.

- Si cree que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación o experiencia adecuadas para proporcionar un servicio, puede pedirnos que verifiquemos si es médicamente necesario que le refieran a un proveedor fuera de la red. Deberá pedirle a su médico que envíe esta información con su apelación:
 1. Una declaración por escrito en la que diga que nuestro proveedor participante no tiene la formación y experiencia correctas para satisfacer sus necesidades, y
 2. Una recomendación de un proveedor fuera de la red con la capacitación y experiencia adecuadas que pueda brindarle el servicio.

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

Qué sucede después de que recibimos su apelación al plan:

- En un plazo de 15 días le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación al plan.
- Le enviaremos una copia gratuita de los registros médicos y cualquier otra información que utilicemos para tomar la decisión sobre la apelación. Si se acelera su apelación al plan, es posible que tenga poco tiempo para revisar esta información.
- También puede proporcionar información personalmente o por escrito que podrá usarse para tomar la decisión. Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-493-4647** si no está seguro de qué información debe proporcionarnos.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- Las apelaciones al plan por asuntos clínicos serán decididas por profesionales de la atención médica cualificados que no tomaron la primera decisión, y al menos uno de ellos será un colega revisor clínico
- Las decisiones que no sean clínicas estarán a cargo de personas que trabajan en un nivel superior que aquellas que trabajaron en su primera decisión
- Se le darán las razones de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde. El aviso de la decisión de la apelación al plan de rechazar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por un monto inferior al solicitado se denomina **determinación adversa final**.
- **Si cree que nuestra determinación adversa final es incorrecta:**
 - Puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección Audiencias imparciales de este manual.
 - Para algunas decisiones, es posible que pueda solicitar una apelación externa. Consulte la sección Apelaciones externas de este manual.
 - Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-206-8125.

Plazos para presentar apelaciones al plan:

- **Apelaciones al plan estándares:** si tenemos toda la información necesaria, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario desde el momento en que solicitó su apelación al plan.
- **Apelaciones al plan aceleradas:** si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones sobre apelaciones al plan aceleradas se tomarán en 2 días laborables desde su apelación al plan, pero no después de 72 horas después del momento en que solicitó su apelación al plan.
 - Le avisaremos en un plazo de 72 horas si necesitamos más información.
 - Si su solicitud fue denegada cuando solicitó más tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias en pacientes hospitalizados al menos 24 horas antes del momento en que debía abandonar el hospital, tomaremos una decisión sobre su apelación en un plazo de 24 horas.
 - Le comunicaremos nuestra decisión por teléfono y le enviaremos un aviso por escrito más tarde.

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

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

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

Usted o su representante también pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Puede ser porque tiene más información para entregarle a UnitedHealthcare Community Plan que podría ayudar a tomar una decisión sobre su caso. Esto se puede realizar llamando al 1-800-943-4647 o por escrito. Envíe las solicitudes por escrito a:

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

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

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

La denegación original se cancelará y su solicitud de autorización de servicio se aprobará si no tomamos una decisión sobre su apelación al plan a tiempo y dijimos que el servicio que solicitó:

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Ayuda para continuar mientras apela una decisión acerca de su atención

Si decidimos reducir, suspender o detener los servicios que recibe ahora, es posible que pueda continuar con los servicios mientras espera que se tome una decisión sobre su apelación al plan. Debe solicitar su apelación al plan:

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

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

Apelaciones externas

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

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

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

Antes de solicitar una apelación externa:

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Tiene **4 meses** después de recibir la determinación adversa final de UnitedHealthcare Community Plan para solicitar una apelación externa. Si usted y UnitedHealthcare Community Plan acordaron omitir nuestro proceso de apelaciones, debe solicitar la apelación externa en un plazo de 4 meses desde que se llegó al acuerdo.

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

Estas son algunas maneras de obtener una solicitud:

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

Se tomará una decisión sobre su apelación externa en el plazo de 30 días. Se puede requerir más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de apelaciones externas solicita más información. Se les comunicará a usted y a UnitedHealthcare Community Plan la decisión final en el término de dos días después de que se tome la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si:

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

Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor de apelaciones externas tomará una decisión sobre la apelación acelerada en 72 horas o menos.

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

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

Continuaremos pagando su hospitalización hasta que se tome una decisión sobre sus apelaciones. Tomaremos una decisión sobre su apelación al plan acelerada en 24 horas. La apelación externa acelerada se decidirá en 72 horas.

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Si solicita una apelación al plan y recibe una determinación adversa final que rechaza, reduce, suspende o detiene su servicio, puede solicitar una audiencia imparcial. Puede solicitar una audiencia imparcial o una apelación externa, o ambas opciones. Si solicita una audiencia imparcial y también una apelación externa, prevalecerá la decisión del director de audiencias imparciales.

Audiencias Imparciales

Puede solicitar una audiencia imparcial al estado de New York si:

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

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

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

La decisión que reciba del director de audiencias imparciales será definitiva.

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

1. Por teléfono: 1-800-342-3334
2. Por fax: 518-473-6735
3. Por Internet: <https://otda.ny.gov/hearings/request/#online>
4. Por correo: NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Proceso de queja

Reclamaciones

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

Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** si necesita ayuda para presentar una queja o para seguir los pasos del proceso de quejas. Podemos asistirle si tiene necesidades especiales, como un problema de audición o visión, o si necesita servicios de traducción.

No le dificultaremos las cosas ni tomaremos ningún tipo de represalia en su contra por presentar una queja.

También tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del estado de New York sobre su queja llamando al 1-800-206-8125 o escribir a: Complaint Unit, Bureau of Consumer Services, OHIP DHPCO 1CP-1609, New York State Department of Health, Albany, New York 12237.

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

Cómo presentar una queja

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

Para presentar una queja por teléfono, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**. Si nos llama fuera del horario de atención, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Si necesitamos más información para tomar una decisión, se lo informaremos.

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

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

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

¿Qué sucede después?

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

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

Asimismo, usted puede proporcionar información personalmente o por escrito para que se use al revisar su queja. Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-493-4647** si no está seguro de qué información debe proporcionarnos.

Su queja será revisada por una o más personas calificadas. Si su queja se refiere a asuntos clínicos, uno o más profesionales de atención médica calificados revisarán su caso.

Después de revisar su queja:

- Le avisaremos de nuestra decisión dentro de los 45 días de contar con toda la información necesaria para responder a su queja. Recibirá noticias nuestras en un plazo máximo de 60 días a partir del día en que recibamos su queja. Le escribiremos y le haremos saber las razones de nuestra decisión.
- Cuando una demora podría poner en riesgo su salud, le avisaremos de nuestra decisión dentro de las 48 horas de contar con toda la información necesaria para responder a su queja. Recibirá noticias nuestras en un plazo máximo de 7 días a partir del día en que recibamos su queja. Le llamaremos para informarle nuestra decisión. Recibirá una carta para realizar un seguimiento de nuestra comunicación en 3 días hábiles.
- Se le dirá cómo apelar nuestra decisión si no está satisfecho e incluiremos los formularios que es posible que deba completar.
- Si no podemos tomar una decisión acerca de su queja debido a que no contamos con suficiente información, le enviaremos una carta y se lo informaremos.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Apelaciones de quejas

Si no está de acuerdo con una decisión tomada sobre su queja, puede presentar una **apelación de queja** ante UnitedHealthcare Community Plan.

Cómo presentar una apelación de la queja:

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

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

Qué sucede después de recibir su apelación de la queja:

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

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

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

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

Derechos y responsabilidades de los miembros

Sus derechos

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, tiene derecho a:

- Ser atendido con respeto, sin tener en cuenta el estado de salud, género, raza, color, religión, origen nacional, edad, estado civil u orientación sexual
- Saber dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de UnitedHealthcare Community Plan
- Que su PCP le explique cuál es el problema, lo que se puede hacer por usted y cuál sería el resultado probable, en un idioma que usted comprenda
- Obtener una segunda opinión respecto de su atención por parte de un proveedor de la red o que no pertenezca a la red sin costo adicional si no hay un proveedor de la red disponible
- Aprobar cualquier tratamiento o plan para su atención médica después de recibir una explicación completa del mismo
- Rechazar la atención médica y que se le informe los riesgos que eso implica
- Obtener una copia de sus registros médicos y hablar de ellos con su PCP y pedir, si es necesario, que sus registros médicos se enmienden o corrijan
- Asegurarse de que su registro médico sea privado y no se comparta con otra persona, excepto según lo requerido por ley, contrato o con su aprobación
- Utilizar el sistema de quejas de UnitedHealthcare Community Plan para resolver las quejas, o quejarse ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o ante el Departamento Local de Servicios Sociales cada vez que crea que no fue tratado de forma justa
- Efectuar recomendaciones acerca de la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización
- Utilizar el sistema de audiencias imparciales del NYS
- Designar a alguien (familiar, amigo, abogado, etc.) para que hable sobre su atención médica y tratamiento si usted no puede hacerlo por sí mismo
- Recibir atención médica considerada y respetuosa en un entorno limpio y seguro, libre de restricciones innecesarias
- Tener una conversación franca sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Sus responsabilidades

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

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

Directrices anticipadas

Es posible que exista un momento en que no pueda decidir sobre su propia atención de la salud. Al planificarlo con anticipación, puede decidir ahora cómo hacer que se cumplan sus deseos.

- Primero, cuénteles a su familia, amigos y médico qué clases de tratamientos desea y cuáles no.
- Segundo, puede designar a un adulto de su confianza para que tome las decisiones por usted.
- Tercero, es mejor si escribe lo que piensa.

Poder de representación para la atención de la salud

A través de un formulario de poder para atención de la salud, puede nombrar a otro adulto en el que confíe (suele ser un familiar o un amigo) para que tome decisiones sobre su atención médica, si no puede tomar decisiones por su propia cuenta. Debe hablar con la persona que elija para que conozca sus deseos. Para obtener formularios de poder para atención de la salud, hable con su proveedor o visite www.health.ny.gov/forms.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

No reanimar (DNR)

Tiene derecho a decidir si desea algún tratamiento especial o de emergencia para reanimar el corazón o los pulmones en caso de que la respiración o la circulación se detengan. Si no desea tratamiento especial, incluida la reanimación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation, CPR), debe dejarlo asentado por escrito. Su PCP proveerá una orden de no reanimar (Do Not Resuscitate, DNR) para sus registros médicos. También puede llevar con usted el formulario de una orden de no reanimar o un brazalete para que cualquier proveedor médico de emergencia sepa cuáles son sus deseos.

Tarjeta de donante de órganos

Esta tarjeta del tamaño de su billetera indica que usted desea donar los órganos del cuerpo para ayudar a otros cuando fallezca. Además, marque la parte posterior de su licencia de conducir para informar a los demás si desea donar sus órganos y cómo desea hacerlo.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Números de teléfono importantes

Su PCP	_____
Su sala de emergencia más cercana	_____
UnitedHealthcare Community Plan	
Servicios para Miembros	1-800-493-4647
TTY/TDD de Servicios para Miembros	711
Otras unidades (p. ej., línea directa de enfermería, revisión de la utilización, etc.)	
Línea de enfermería	1-877-597-7801
Autorización previa	1-866-362-3368
Servicios de salud conductual	1-800-493-4647
Departamento de Salud del Estado de Nueva York (quejas)	1-800-206-8125
Quejas ante la Oficina de Salud Mental (OMH) del Estado de Nueva York ...	1-800-597-8481
Central del Departamento de Salud del Estado de Nueva York	1-518-473-5569
Quejas ante la Oficina de Servicios y Apoyos para las Adicciones (OASAS) del Estado de Nueva York	1-518-473-3460
Audiencia imparcial del Estado de Nueva York	1-800-342-3334
Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York	1-800-342-3736
Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN)	
Teléfono	1-844-614-8800
TTY	711
Correo electrónico	ican@cssny.org
Sitio web	www.icannys.org
Defensoría: CHAMP	1-888-614-5400
Casilla de correo electrónico	Ombuds@oasas.ny.gov

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Departamentos de Servicios Sociales de los condados del norte:

Departamento de Servicios Sociales del condado de Albany	1-518-447-7300
Departamento de Servicios Sociales del condado de Broome	1-607-778-2669
Departamento de Servicios Sociales del condado de Cayuga	1-315-253-1011
Departamento de Servicios Sociales del condado de Chautauqua	1-716-661-8200
Departamento de Servicios Sociales del condado de Chemung	1-607-737-5309
Departamento de Servicios Sociales del condado de Chenango	1-607-337-1500
Departamento de Servicios Sociales del condado de Clinton	1-518-565-3222
Departamento de Servicios Sociales del condado de Columbia	1-518-828-9411
Departamento de Servicios Sociales del condado de Dutchess	1-845-486-3000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Erie	1-716-858-8000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Essex	1-518-873-3450
Departamento de Servicios Sociales del condado de Franklin	1-518-483-6770
Departamento de Servicios Sociales del condado de Fulton	1-518-736-5640
Departamento de Servicios Sociales del condado de Genesee	1-585-344-2580
Departamento de Servicios Sociales del condado de Greene	1-518-943-3200
Departamento de Servicios Sociales del condado de Herkimer	1-315-867-1291
Departamento de Servicios Sociales del condado de Jefferson	1-315-782-9030
Departamento de Servicios Sociales del condado de Lewis	1-315-376-5105
Departamento de Servicios Sociales del condado de Livingston	1-585-243-7300
Departamento de Servicios Sociales del condado de Madison	1-315-366-2211
Departamento de Servicios Sociales del condado de Monroes	1-585-753-2740
Departamento de Servicios Sociales del condado de Niagara	1-716-439-7600
Departamento de Servicios Sociales del condado de Oneida	1-315-798-5632
Departamento de Servicios Sociales del condado de Onondaga	1-315-435-2928
Departamento de Servicios Sociales del condado de Ontario	1-585-396-4060
Departamento de Servicios Sociales del condado de Orange	1-845-291-4000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Orleans	1-585-589-7000

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

Departamento de Servicios Sociales del condado de Oswego	1-315-963-5000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Rensselaer	1-518-270-3928
Departamento de Servicios Sociales del condado de Rockland	1-845-364-2000

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY 711 79
(En caso de crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Departamento de Servicios Sociales del condado de Seneca	1-315-539-1865
Departamento de Servicios Sociales del condado de Schenectady	1-518-388-4470
Departamento de Servicios Sociales del condado de St. Lawrence	1-315-379-2276
Departamento de Servicios Sociales del condado de Tioga	1-877-882-8313
Departamento de Servicios Sociales del condado de Ulster	1-845-334-5000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Warren	1-518-761-6300
Departamento de Servicios Sociales del condado de Wayne	1-315-946-4881
Departamento de Servicios Sociales del condado de Westchester	1-800-549-7650
Departamento de Servicios Sociales del condado de Wyoming	1-585-786-8900
Departamento de Servicios Sociales del condado de Yates	1-315-536-5183

Ciudad de Nueva York y Long Island:

Departamento de Servicios Sociales del condado de Nassau	1-516-227-8000
Administración de Recursos Humanos de la ciudad de Nueva York	1-718-557-1399
Administración de Recursos Humanos de la ciudad de Nueva York (dentro de los 5 municipios)	1-877-472-8411
Departamento de Servicios Sociales del condado de Suffolk (Hauppauge)	1-631-853-8730
Departamento de Servicios Sociales del condado de Suffolk (Riverhead)	1-631-852-3710
Departamento de Servicios Sociales del condado de Suffolk (Smithtown)	1-631-853-8408

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

New York Medicaid Choice	1-800-505-5678
Línea directa de VIH/SIDA del Estado de Nueva York	1-800-541-AIDS (2437)
Español	1-800-233-SIDA (7432)
TDD	1-800-369-AIDS (2437)
Línea directa de VIH/SIDA de la Ciudad de Nueva York (inglés y español)	1-800-TALK-HIV (8255-448)
Programas de atención contra el VIH para personas sin seguro	1-800-542-AIDS (2437)
TDD	Retransmisión, luego 1-518-459-0121
Child Health Plus	1-855-698-4543
TTY	1-877-898-5849
Seguro médico gratuito o de bajo costo para niños	
Línea directa del programa Growing Up Healthy del estado de Nueva	1-800-522-5006
Programa de asistencia para socios	1-800-541-AIDS (2437)
En la ciudad de Nueva York (CNAP)	1-212-693-1419
Administración del Seguro Social	1-800-772-1213
Línea directa de violencia doméstica del estado de Nueva York	1-800-942-6906
Español	1-800-942-6908
Personas con problemas de audición	1-800-810-7444
Red Nacional de Prevención del Suicidio:	
Teléfono	988
Chat	988lifeline.org/chat
Línea de información de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA)	
1-800-514-0301	
TDD	1-800-514-0383
Farmacia local	_____

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Otros proveedores de salud:

Sitios web importantes

UnitedHealthcare Community Plan <https://www.myuhc.com/CommunityPlan>

Departamento de Salud (DOH) del Estado de Nueva York <https://www.health.ny.gov/>

Oficina de Salud Mental (OMH) del Estado de Nueva York <https://omh.ny.gov/>
Para presentar una queja, llame al número gratuito de
Relaciones con el Cliente de la OMH **1-800-597-8481**

Oficina de Servicios y Apoyos para las Adicciones (OASAS) del
estado de Nueva York <https://oasas.ny.gov/>
Para presentar una queja sobre el programa, llame al **1-800-553-5790.**
Para presentar una queja sobre asesores, llame al **1-800-482-9564, opción 5.**

Información sobre VIH/SIDA del DOH
del estado de Nueva York <https://www.health.ny.gov/diseases/aids/>

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Programas de atención contra el VIH para personas sin seguro del estado de Nueva York:
<https://www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm>

Directorio de recursos para pruebas de VIH:
<https://www.health.ny.gov/diseases/aids/consumers/testing/index.htm>

Departamento de Salud e Higiene Mental (Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH) de la ciudad de Nueva York:
<https://www.nyc.gov/site/doh/index.page>

Información sobre VIH/SIDA del DOHMH de la ciudad de Nueva York:
<https://www.nyc.gov/site/doh/health/health-topics/aids-hiv.page>

Oficina de Servicios Infantiles y Familiares (OCFS): <http://ocfs.ny.gov/main/>

Oficina para Personas con Discapacidades del
Desarrollo (OPWDD): <https://www.opwdd.ny.gov>

Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN) www.icannys.org
Teléfono **1-844-614-8800** (Servicio de retransmisión TTY **711**)
Correo electrónico ican@cssny.org

Proyecto de Acceso a la Salud Comunitaria para Adicciones y Atención de Salud Mental
(CHAMP) del estado de New York:
Teléfono **1-888-614-5400**
Correo electrónico Ombuds@oasas.ny.gov

Red Nacional de Prevención del Suicidio:
Teléfono **988**
Chat 988lifeline.org/chat

Definiciones

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

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

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

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

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

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

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

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

Evaluación de necesidades y fortalezas para niños y adolescentes – Nueva York (New York, CANS-NY):

herramienta de evaluación validada y estructurada para niños/jóvenes compuesta por dominios relevantes para determinar las fortalezas y necesidades de un niño/joven y de su familia. Esta herramienta se utiliza para ayudar con la coordinación de la atención de los miembros inscritos en Health Homes. La CANS-NY también se utilizará para determinar la elegibilidad de ciertas poblaciones de niños/jóvenes para HCBS.

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

Equipo de rediseño de Medicaid para niños: subcomité del MRT al que el gobernador Andrew Cuomo encargó reestructurar el programa Medicaid. El subcomité de niños participó en el desarrollo y diseño de las iniciativas del MRT para niños. Para obtener más información, visite: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/behavioral_health/children/child_mrt.htm.

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

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

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

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

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

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

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

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

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

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

Departamento de Salud (DOH): http://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

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

Proveedores esenciales de salud conductual comunitaria: los proveedores esenciales de salud conductual comunitaria incluyen lo siguiente:

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

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

*** Instituto de Medicina, 2001. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press**

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

Familiar: padres, madres, abuelos, abuelas, hermanos, hermanas, tíos, tías, etc. que sean biológicos, adoptivos o participen en el cuidado del niño/joven.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

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

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

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

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

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

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

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

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

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

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

Profesional autorizado de las artes curativas (Licensed Practitioner of the Healing Arts, LPHA): un profesional individual que tiene licencia para ejercer dentro del alcance de su licencia estatal, lo que incluye: médico, psiquiatra, psicoanalista con licencia, enfermero profesional registrado, enfermero especializado, especialista en enfermería clínica, trabajador social clínico con licencia (Licensed Clinical Social Worker, LCSW), terapeuta de matrimonio y familia con licencia, asesor de salud mental con licencia, psicólogo con licencia, trabajador social maestro con licencia (Licensed Master Social Worker, LMSW), especialista en enfermería clínica y asistentes médicos. El profesional con licencia es responsable de garantizar que el diagnóstico, la recomendación, el referido, la supervisión y/o la atención proporcionada estén dentro de su ámbito de práctica en virtud de la legislación estatal actual.

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

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

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

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

Necesidad médica: la ley de Nueva York define “atención, servicios y suministros médicos, dentales y correctivos médicamente necesarios” en el programa Medicaid como aquellos “necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones en la persona que causan sufrimiento agudo, ponen en peligro la vida, provocan enfermedades o dolencias, interfieren en la capacidad de dicha persona de mantener una actividad normal o amenazan con alguna discapacidad significativa y que se le proporcionan a una persona elegible de acuerdo con la ley estatal” (Ley de Serv. Soc. de NY, § 365-a).

Ley de Paridad y Equidad de las Adicciones en la Salud Mental (MHPAEA):* la Ley de Paridad y Equidad de la Salud Mental (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA) de 2008 de Paul Wellstone y Pete Domenici es una ley federal que generalmente impide que los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud que proporcionan beneficios de salud mental o SUD impongan limitaciones de beneficios menos favorables a esos beneficios que a los beneficios médicos/quirúrgicos. En marzo de 2016, los CMS publicaron la norma final en la que se aborda la aplicación de ciertos requisitos establecidos en la Ley sobre Paridad en cuanto a Salud Mental y Adicciones (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA) a la cobertura ofrecida por las MMCO, los Planes de Beneficios Alternativos de Medicaid y los Programas de Seguro de Salud Infantil. <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2016-03-30/pdf/2016-06876.pdf>

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

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

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

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

Oficina de Servicios Infantiles y Familiares (OCFS): <http://ocfs.ny.gov/main/>

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

Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD):
<https://www.opwdd.ny.gov>

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

Plan: la MMCO.

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

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

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

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

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

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

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

Categorías de salud mental del DSM que califican:

- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos bipolares y relacionados
- Trastornos depresivos
- Trastornos de la ansiedad
- Trastornos obsesivos-compulsivos y relacionados
- Trastornos relacionados con el trauma y el estrés
- Trastornos disociativos
- Síntomas somáticos y trastornos relacionados
- Trastornos de la alimentación y la comida
- Disforia de género
- Trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta
- Trastornos de la personalidad
- Trastornos parafilicos

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

- Capacidad de cuidar de sí mismo (p. ej., higiene personal; obtener y comer alimentos; vestirse; evitar lesiones); o
- Vida familiar (p. ej., capacidad de vivir en un entorno familiar o similar a la familia; relaciones con padres o padres sustitutos, hermanos y otros familiares; comportamiento en un entorno familiar); o
- Relaciones sociales (p. ej., establecer y mantener amistades; interacciones interpersonales con compañeros, vecinos y otros adultos; habilidades sociales; cumplimiento de normas sociales; juego y uso adecuado del tiempo libre); o

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- Autodirección/autocontrol (p. ej., capacidad de mantener una atención centrada durante un periodo de tiempo suficiente para permitir la realización de tareas adecuadas para la edad; autocontrol conductual; sistemas de juicio y valor adecuados; capacidad de toma de decisiones); o
- Capacidad de aprender (p. ej., logros y asistencia escolares; lenguaje receptivo y expresivo; relaciones con los profesores; comportamiento en la escuela).

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

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

Fecha de inicio: la fecha en que el plan comenzará a proporcionar los servicios de salud descritos en este documento.

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

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

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

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

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

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

Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2024

Por ley, debemos¹ proteger la privacidad de su información médica (HI). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

La información médica es información sobre su salud o servicios 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. Le notificaremos si ocurre una filtración de su información médica.

Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

Recopilamos, usamos y compartimos su información médica con los siguientes:

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

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información médica para ciertos propósitos. Estos pueden ser para su tratamiento, para el pago de su atención y para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos usar o compartir su información médica de la siguiente forma.

- **Para recibir un pago.** Para procesar pagos y pagar reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para tratamiento o manejo de la atención.** Para ayudar con su atención. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con un hospital en el que se encuentre, para ayudar a proporcionarle atención médica.
- **Para operaciones de atención de la salud.** Para realizar sus operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para informarle sobre un programa especial de bienestar o manejo de la enfermedad disponible para usted. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para proporcionarle información sobre programas o productos relacionados con la salud.** Podemos brindarle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- **Para los patrocinadores del plan.** Si recibe un seguro de salud a través de su empleador, podemos darle la inscripción, la cancelación de la inscripción y el resumen de la información médica a su empleador. Podemos proporcionar otra información médica si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para propósitos de suscripción.** Para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información médica genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos enviarle recordatorios de citas e información sobre sus beneficios para la salud.
- **Para comunicaciones con usted.** Podemos ponernos en contacto con usted en relación con sus beneficios del seguro de salud, atención de la salud o pagos.

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

- **Según sea requerido por ley.** Para cumplir con las leyes que nos corresponden.
- **Para las personas que participan en su atención.** Un familiar u otra persona que le ayude con su atención médica o que pague su atención. También puede ser un familiar en una emergencia. Esto puede suceder si no puede decirnos si podemos compartir su información médica o no. Si no puede informarnos lo que desea, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte podemos compartir información médica con familiares o amigos que ayudaron con su atención o pagaron por su atención.
- **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 médica. Puede tratarse de un organismo de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a un organismo autorizado por ley a recibir la información médica. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Por ejemplo, para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para hacer cumplir la ley.** Para localizar a una persona perdida o informar un delito.
- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad.** A organismos de salud pública o del orden público, por ejemplo, en caso de emergencia o 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 médica 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 una determinada ley. También podemos proporcionar la información médica a directores de funerarias.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- **Para trasplantes de órganos.** Por ejemplo, para ayudar en la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Para personas que están detenidas, por ejemplo: (1) para proporcionar atención de la salud; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para nuestros socios comerciales.** Para brindarle servicios, en caso de que sea necesario. Estas son compañías que nos prestan servicios. Estas compañías aceptan proteger su información médica.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información de salud que se enumera a continuación. Cumpliremos leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Trastorno por consumo de alcohol y sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso o abandono de niños o adultos, incluido el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/sida
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Medicamentos recetados
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos o compartiremos su información médica 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 médica a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su información médica 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 su tarjeta de identificación del seguro de salud.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación para tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas que ayudan con su atención o pagan por su atención. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.** Su solicitud para que limitemos el uso o la divulgación debe hacerse por escrito.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- **Solicitar el envío de comunicaciones confidenciales** de una forma diferente o a un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla de correo (P.O. Box), en lugar de a su casa. Aceptaremos su solicitud según lo permitan las leyes estatales y federales. Aceptamos solicitudes verbales, 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 muestra a continuación.
- **Ver u obtener una copia** de determinada información médica. Deberá presentar la solicitud por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle por las copias. Podemos negar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si cree que la información médica sobre usted es errónea o está incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá presentar la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que 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 rechazamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información médica.
- **Recibir un informe** de la divulgación de su información médica en los seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá las ocasiones en que compartimos la información médica por los siguientes motivos: (i) para tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia en papel de este aviso.** Puede pedir una copia en papel en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web.
- **En algunos estados, puede tener derecho a solicitar que eliminemos** su información médica. Según dónde viva, también puede solicitarnos que eliminemos su información médica. 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 alguna pregunta sobre este aviso o quiere ejercer sus derechos, **llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.** O bien, puede comunicarse con el Centro de Atención de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446** o TTY/RTT **711.**
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo postal a la siguiente dirección: UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300, P.O. Box 1459, Minneapolis MN 55440
- **Para presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una queja a la dirección mencionada anteriormente.

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

¹Este Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Información Médica se aplica a los planes de salud que están afiliados 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>.

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

Aviso de Privacidad de la Información Financiera

ESTE AVISO LE INFORMA CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1.º de enero de 2024

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

Información que recopilamos

- Obtenemos información financiera a partir de sus solicitudes o formularios. Esta puede incluir nombre, dirección, edad y número del seguro social.
- Obtenemos información financiera a partir de sus transacciones con nosotros u otras personas. Puede ser información sobre el pago de primas.

Divulgación de información financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

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

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

Confidencialidad y seguridad

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Preguntas sobre este aviso

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

²Para los propósitos 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 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 la información financiera solo tiene vigencia si lo exige la ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros de atención de la salud en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

