



# Le damos la bienvenida a la comunidad

UnitedHealthcare Community Plan of Ohio ofrece servicios para el cuidado de la salud a los residentes de Ohio que reúnen los requisitos para recibir beneficios de Medicaid para adultos mayores, personas ciegas o con discapacidades, familias y niños con cobertura (incluidos los programas Healthy Start y Healthy Families) y extensión para adultos.

**United  
Healthcare**  
Community Plan

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

# Bienvenido

---

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan. Ahora usted es miembro de un plan de cuidado de la salud, también conocido como organización de atención administrada (MCO). UnitedHealthcare Community Plan proporciona servicios para el cuidado de la salud a los residentes de Ohio que cumplen con los requisitos, incluyendo las personas con bajos ingresos, embarazadas, bebés, niños, adultos mayores y personas con discapacidades. Como miembro, usted ahora cumple con los requisitos para recibir beneficios sin costo alguno, incluso sin copagos. Además, contamos con programas de gestión de enfermedades y administración de la atención médica para afecciones como el asma y la diabetes, así como el programa de embarazos Healthy First Steps™.

Le agradeceremos que dedique unos minutos a revisar esta Guía para Miembros. Estamos listos para responder cualquier pregunta que pueda tener. Puede encontrar respuestas a la mayoría de sus preguntas en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). Simplemente llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

La información contenida en esta Guía para Miembros tiene como objetivo servir de guía informativa y de referencia rápida.



## Bienvenido

---

# Cómo empezar

Queremos que aproveche al máximo su plan de salud desde el primer momento. Comience con estos tres pasos sencillos:

- 1. Llame a su proveedor de atención primaria (PCP) y programe un examen médico.**  
Los exámenes médicos periódicos son importante para un buen estado de salud. El número de teléfono de su PCP debe figurar en su tarjeta de identificación (ID) de miembro que recibió recientemente por correo postal. Si usted no sabe el número de su PCP, o si desea que le ayuden a programar la cita para un examen médico, llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017, TTY 711**. Estamos aquí para ayudarle.
- 2. Complete su evaluación de salud.** Es una forma breve y sencilla de tener una visión general de su estilo de vida y su salud en este momento. Esto nos ayuda a ofrecerle los beneficios y servicios disponibles para usted. Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) para completar hoy la evaluación de salud. En breve le llamaremos para darle la bienvenida y responder cualquier pregunta que tenga sobre UnitedHealthcare Community Plan. Durante esta llamada, podemos explicarle cuáles son sus beneficios del plan de salud. También podemos ayudarle a completar la Evaluación de Salud por teléfono.
- 3. Familiarícese con su plan de salud.** Comience por el apartado Puntos destacados del plan de salud, en la página 9, para obtener una descripción rápida de su nuevo plan. Asegúrese de tener esta guía a mano para futuras consultas.

## Servicio al Cliente: 1-800-895-2017, TTY: 711

de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

### Nuestra oficina está cerrada durante los siguientes días festivos:

- Día de Año Nuevo
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día de los Caídos
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día después de Acción de Gracias
- Día de Navidad

- 4 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017, TTY 711**.

---

# Índice

<b>Bienvenido</b> .....	<b><u>3</u></b>
<b>Puntos destacados del plan de salud</b> .....	<b><u>9</u></b>
Tarjeta de ID de miembro .....	<u>9</u>
Descripción general de los beneficios .....	<u>10</u>
Su evaluación de salud .....	<u>11</u>
Apoyo a los miembros .....	<u>12</u>
Puede comenzar a usar su beneficio de farmacia de inmediato .....	<u>14</u>
<b>Visitas al médico</b> .....	<b><u>16</u></b>
Su proveedor de atención primaria (PCP) .....	<u>16</u>
Exámenes médicos anuales .....	<u>18</u>
Programar una cita con su proveedor de atención primaria (PCP) .....	<u>19</u>
Lo que necesita para la cita con su proveedor de atención primaria .....	<u>20</u>
Servicios de NurseLine: su recurso de información de salud disponible las 24 horas .....	<u>20</u>
Si necesita atención y su consultorio médico está cerrado .....	<u>21</u>
Atención médica lejos de casa .....	<u>22</u>
Hogar médico .....	<u>22</u>
Servicios de autorreferencia .....	<u>23</u>
Beneficios adicionales para los miembros de la población de Extensión para adultos .....	<u>24</u>
Obtener una segunda opinión .....	<u>25</u>
Preautorizaciones .....	<u>25</u>
Atención continuada si su proveedor de atención primaria abandona la red .....	<u>25</u>
Servicios de transporte: en situaciones que no son de emergencia .....	<u>26</u>

---

<b>Hospitales y emergencias</b> .....	<b><a href="#">27</a></b>
Atención de urgencia .....	<a href="#">27</a>
Servicios hospitalarios .....	<a href="#">28</a>
Atención dental de emergencia .....	<a href="#">28</a>
Servicios médicamente necesarios .....	<a href="#">29</a>
Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos .....	<a href="#">30</a>
<b>Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio</b> .....	<b><a href="#">32</a></b>
El estado de Ohio le da la bienvenida .....	<a href="#">32</a>
Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio .....	<a href="#">34</a>
Tarjetas de identificación (ID) .....	<a href="#">36</a>
Información para nuevos miembros .....	<a href="#">37</a>
Medicamentos con receta .....	<a href="#">38</a>
Servicios no cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan .....	<a href="#">38</a>
Servicios no cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan a menos que sean médicamente necesarios .....	<a href="#">39</a>
Servicios de administración de la atención: .....	<a href="#">39</a>
Servicio al Cliente .....	<a href="#">40</a>
Servicios de salud del comportamiento, salud mental y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias .....	<a href="#">41</a>
OhioRISE .....	<a href="#">42</a>
Programa de servicios coordinados .....	<a href="#">44</a>
Healthchek .....	<a href="#">45</a>
Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP) .....	<a href="#">46</a>
Cómo cambiar de proveedor de atención primaria (PCP) .....	<a href="#">47</a>
Telesalud .....	<a href="#">47</a>
Sus derechos como miembro .....	<a href="#">48</a>

---

Cómo informarle a UnitedHealthcare Community Plan su descontento o desacuerdo con una decisión que tomamos - Apelaciones y Quejas Formales . . . .	<a href="#">50</a>
Formulario de apelación para miembros. . . . .	<a href="#">54</a>
Formulario de quejas formales y apelaciones. . . . .	<a href="#">56</a>
Audiencias estatales. . . . .	<a href="#">58</a>
Recuperación a partir del patrimonio. . . . .	<a href="#">59</a>
Servicios de emergencia . . . . .	<a href="#">59</a>
Enfermedades o lesiones accidentales (subrogación). . . . .	<a href="#">60</a>
Otro seguro de salud (Coordinación de los Beneficios - COB) . . . . .	<a href="#">61</a>
Aviso de pérdida del seguro (Certificado de Cobertura Acreditado) . . . . .	<a href="#">61</a>
Pérdida de elegibilidad para Medicaid . . . . .	<a href="#">61</a>
Renovación automática de la membresía del plan de atención administrada (MCP). . . .	<a href="#">61</a>
Cómo finalizar su membresía del plan de atención administrada (MCP). . . . .	<a href="#">62</a>
<b>Tabla de servicios de Medicaid . . . . .</b>	<b><a href="#">66</a></b>
Servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan. . . . .	<a href="#">66</a>
<b>Beneficios adicionales de UnitedHealthcare . . . . .</b>	<b><a href="#">74</a></b>
Beneficios adicionales. . . . .	<a href="#">74</a>
<b>Otros detalles del plan. . . . .</b>	<b><a href="#">81</a></b>
Cómo buscar un proveedor de la red . . . . .	<a href="#">81</a>
Directorio de proveedores . . . . .	<a href="#">81</a>
Qué hacer si recibe una factura por servicios . . . . .	<a href="#">82</a>
Directivas anticipadas . . . . .	<a href="#">82</a>
Fraude y abuso. . . . .	<a href="#">84</a>
Notificación de incidentes . . . . .	<a href="#">85</a>
Su opinión es importante . . . . .	<a href="#">88</a>
Administración de la Utilización. . . . .	<a href="#">89</a>

---

Programa de calidad .....	<a href="#">89</a>
Seguridad y protección contra la discriminación.....	<a href="#">90</a>
Guías de práctica clínica y nueva tecnología .....	<a href="#">90</a>
Sus responsabilidades como miembro .....	<a href="#">91</a>
Terminología utilizada en la atención administrada .....	<a href="#">92</a>
Avisos de Prácticas de Privacidad del Plan de Salud .....	<a href="#">98</a>
<b>Apéndice A.....</b>	<b><a href="#">106</a></b>
Administrador único de beneficios de farmacia (SPBM) de Ohio.....	<a href="#">106</a>
1. Contenido de la Guía para Miembros .....	<a href="#">106</a>
1.1 Identidad corporativa.....	<a href="#">106</a>
1.2 Servicios disponibles .....	<a href="#">106</a>
1.2.1 Lista de medicamentos preferidos (PDL) .....	<a href="#">107</a>
1.2.2 Preautorizaciones.....	<a href="#">107</a>
1.2.3 Estrategias de administración de la utilización farmacéutica .....	<a href="#">108</a>
1.2.4 Servicios excluidos.....	<a href="#">109</a>
1.2.5 Servicios adicionales .....	<a href="#">109</a>
1.3 Solicitud de apelaciones, quejas formales o audiencias estatales .....	<a href="#">109</a>
1.4 Recomendaciones de cambios .....	<a href="#">112</a>
1.5 Acceso a los servicios de farmacia.....	<a href="#">112</a>
1.6 Medicamento de emergencia para paciente ambulatorio.....	<a href="#">112</a>
1.7 Declaración de no discriminación .....	<a href="#">112</a>
1.8 Declaración sobre la red de proveedores.....	<a href="#">113</a>
1.9 Red de proveedores de farmacia .....	<a href="#">113</a>

# Puntos destacados del plan de salud

## Tarjeta de ID de miembro

The diagram shows a Member ID card with the following fields and callouts:

- Member Name:** JaneHasVeryLongName Veryloooooonglastname. Callout: Nombre de su proveedor de atención primaria.
- Member ID Number:** 000000000000. Callout: Su número de ID de miembro.
- Plan ID Number:** 000000000000. Callout: Su número de ID del plan.
- Primary Care Provider:** Dr. John Doe. Phone: 000-000-0000. Callout: Información sobre su farmacéutico.
- Pharmacy Benefit:** gwinwell. Rx Bin: 024251. Rx PCN: OHRXPROD. Phone: 833-491-0344. Callout: Información sobre su farmacéutico.
- Member Services | Phone: 800-895-2017**  
**24 Hour Emergency Services | Phone: 800-542-8630**. Callout: Número de teléfono de Servicio al Cliente.
- Information for Members:** If you have an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room. This card does not guarantee coverage. By using this card for services, you agree to the release of medical information, as stated in your Member handbook. If you are not sure whether you need to go to the emergency room, call your Primary Care Provider or the 24/7 NurseLine 800-542-8630. To verify benefits or to find a provider, visit the website [www.myuhc.com/communityplan](http://www.myuhc.com/communityplan).
- Information for Providers:** Please verify member eligibility on Date of Service via the ODM provider portal before rendering services. Please visit [UHCprovider.com](http://UHCprovider.com) for detailed billing instructions or call 800-600-9007 for assistance. Providers may also call the ODM IHD at 800-686-1516 for assistance. For utilization management call 1-800-600-9007.
- Ohio Department of Medicaid** logo.

### ¿Perdió su tarjeta de ID de miembro?

Si usted o un familiar pierde la tarjeta, puede imprimir una nueva en [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan). También puede llamar a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

## Bienvenido

---

# Descripción general de los beneficios

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene varios beneficios y servicios para el cuidado de la salud a su disposición. Vea aquí un breve resumen. Encontrará una lista completa en la sección de Beneficios.

### Servicios de atención primaria

Todas las visitas a su proveedor de atención primaria (PCP) están cubiertas. Su proveedor de atención primaria es el médico principal al que acudirá para recibir atención médica la mayor parte del tiempo. Esto incluye exámenes médicos, tratamiento para resfriados y gripe, inquietudes de salud y pruebas de detección.

### Amplia red de proveedores

Usted puede elegir cualquier proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra amplia red de proveedores. Nuestra red también incluye especialistas, hospitales y farmacias, de modo que puede contar con muchas opciones para el cuidado de su salud. Para obtener una lista completa de proveedores de la red, consulte [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o llame al **1-800-895-2017, TTY 711**.

### NurseLine

NurseLine le permite hablar por teléfono con enfermeras tituladas y con experiencia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Ellas pueden brindarle información, apoyo y orientación si tiene preguntas o inquietudes relacionadas con la salud. Llame al **1-800-542-8630, TTY 1-800-855-2880**.

### Servicios de especialistas

Su cobertura incluye servicios de especialistas. Los especialistas son médicos o enfermeras que están altamente capacitados para tratar determinadas afecciones. Puede que primero necesite una referencia de su proveedor de atención primaria. Consulte la página 16 de la guía.

### Medicamentos

Su plan cubre medicamentos con receta, sin copagos para miembros de todas las edades. También cubre lo siguiente: insulina, agujas y jeringuillas, anticonceptivos, aspirinas recubiertas para la artritis, pastillas de hierro y vitaminas masticables.

### Servicios hospitalarios

Usted tiene cobertura para hospitalizaciones y como paciente ambulatorio (servicios que le prestan en el hospital sin pasar la noche allí).

### Servicios de laboratorio

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

10 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017, TTY 711**.

### Visitas de niño sano

Las vacunas y las visitas de niño sano están cubiertas por su plan.

### Cuidados de maternidad y durante el embarazo

Tiene cobertura para visitas al médico antes y después de que nazca su bebé. Incluyendo las estadías en el hospital. De ser necesario, también cubrimos las visitas a domicilio después de que nazca el bebé.

### Planificación familiar

Los servicios que le ayudan a planificar los embarazos están cubiertos. Incluidos productos y procedimientos anticonceptivos.

### Cuidado de la vista

Sus beneficios para la vista incluyen exámenes de la vista de rutina y anteojos. Consulte la página 71.

### Cuidado dental

Sus beneficios dentales están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan. Para obtener más información sobre su cobertura dental o para buscar un dentista, inicie sesión en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), en la aplicación UnitedHealthcare® o llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

### Servicios de transporte disponibles

Si usted necesita transporte para ir al consultorio de su proveedor de atención primaria o de otro proveedor médico, es posible que podamos ayudarle. El transporte médico está cubierto en algunos casos. Si no cuenta con otro medio de transporte para ir al médico, vive en un área sin transporte público o no puede usar transporte público debido a una condición de salud o discapacidad, llame al **1-800-895-2017**, TTY **711** con un mínimo de 48 horas de antelación. Si desea más información, inicie sesión en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) y seleccione “Coverage & Benefits” (Cobertura y Beneficios) para buscar cobertura de transporte.

## Su evaluación de salud

Una evaluación de salud es una encuesta breve y sencilla en la que se le hacen preguntas básicas sobre su estilo de vida y su salud. Cuando la complete y nos la envíe por correo, podremos conocerle mejor. Así, podemos ofrecerle los numerosos beneficios y servicios disponibles para usted.

Le pedimos que se tome unos minutos para llenar el formulario de evaluación de salud. También puede llamar al **1-800-895-2017** para completarlo por teléfono.

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

## Bienvenido

---

# Apoyo a los miembros

Queremos que le resulte lo más fácil posible aprovechar al máximo su plan de salud. Como miembro de nuestro plan, tiene varios servicios a su disposición, incluidos el transporte y la asistencia de un intérprete si lo necesita. Y si tiene preguntas, hay muchos lugares donde obtener respuestas.

**En el sitio web puede consultar información detallada del plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana.**

Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) para acceder a su cuenta a través de Internet. Este sitio web seguro guarda toda su información de salud en un solo lugar. Además de la información detallada del plan, en este sitio web encontrará herramientas útiles que pueden ayudarle a:

- Buscar un proveedor
- Buscar un medicamento en la lista de medicamentos preferidos
- Obtener detalles de los beneficios
- Descargar una nueva Guía para Miembros
- Imprimir una nueva tarjeta de ID de miembro
- Buscar información sobre las recompensas saludables disponibles por alcanzar determinados objetivos de salud.

**El Servicio al Cliente está disponible de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.**

El Servicio al Cliente puede ayudarle con sus preguntas o dudas. Incluidas las siguientes:

- Entender sus beneficios
- Obtener un reemplazo de su tarjeta de ID de miembro
- Buscar un médico o una clínica de atención de urgencias
- Cómo tener acceso al cuidado especializado
- Cómo presentar una queja formal o una apelación

Llame al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

### Programa de administración de la atención médica

UnitedHealthcare Community Plan ofrece servicios de administración de la atención médica. Si padece una enfermedad crónica, como asma o diabetes, puede beneficiarse de nuestro programa de administración de la atención médica. Podemos ayudarle con una serie de cosas, como programar citas médicas y mantener informados a todos sus proveedores acerca de la atención que recibe. Si desea más información, llame al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

12 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

**Hablamos su idioma**

Si no habla inglés, podemos proporcionarle material impreso traducido y servicios gratuitos en otros idiomas, información escrita en su idioma principal, información escrita en otros formatos y otros servicios o asistencia adicional para personas con discapacidades. También podemos proporcionarle los servicios de un intérprete que pueda ayudarle a entender estos materiales. Encontrará más información acerca de los servicios de interpretación y asistencia lingüística en la sección Otros detalles del plan. También puede llamar a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Si no habla inglés, podemos proporcionarle materiales impresos traducidos. O podemos proporcionarle un intérprete que pueda ayudarle a entender estos materiales. Encontrará más información acerca de los servicios de interpretación y asistencia lingüística en la sección Otros detalles del plan. También puede llamar a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

**Emergencias**

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

**Otros números de teléfono importantes**

24/7 NurseLine .....	<b>1-800-542-8630</b>
(disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)	
TTY .....	<b>1-800-855-2880</b>
Healthy First Steps (para las futuras madres) .....	<b>1-800-599-5985</b>
Administración de la atención médica .....	<b>1-800-895-2017</b>
Línea directa para casos de fraude y abuso	
UnitedHealthcare .....	<b>1-877-766-3844</b>
Departamento de seguros de Ohio .....	<b>1-800-686-1527</b>
.....	<b>1-614-644-2671</b>
Línea directa al consumidor de Medicaid de Ohio .....	<b>1-800-324-8680</b>
TTY .....	<b>1-800-292-3572</b>

Si cambia de dirección, póngase en contacto con el Servicio de Empleo y Familia (JFS) de su localidad

# Puede comenzar a usar su beneficio de farmacia de inmediato.

Los miembros de UnitedHealthcare Community Plan usarán Gainwell para procesar los reclamos de medicamentos con receta; para asistencia, consulte la guía para miembros de Gainwell. Su plan cubre una larga lista de medicamentos con receta. Los medicamentos con receta que están cubiertos figuran en la Lista de medicamento preferidos (PDL). Esta lista también se conoce como formulario. Su médico usa esta Lista de medicamentos preferidos para asegurarse de que los medicamentos que necesita estén cubiertos por su plan. Gainwell administra su cobertura de medicamentos con receta y puede cubrir otros medicamentos con una preaprobación. Si su medicamento necesita preaprobación, su proveedor puede solicitarla por usted. Puede encontrar la Lista de medicamentos preferidos (PDL) de su plan en nuestra página web [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). También puede buscar un medicamento por nombre.

Es fácil empezar a surtir sus medicamentos con receta. He aquí cómo hacerlo:

## 1. ¿Figura su medicamento en la Lista de medicamentos preferidos?

### Si la respuesta es Sí:

Si sus medicamentos están incluidos en la lista de medicamentos preferidos, todo está listo. Muestre su nueva tarjeta de ID de miembro en la farmacia cuando vaya a surtir sus medicamentos con receta.

### Si la respuesta es No:

Si su medicamento con receta no figura en la Lista de medicamentos preferidos, programe una cita con su médico durante los próximos 30 días. Es posible que le ayude a cambiar a un medicamento incluido en la Lista de medicamentos preferidos. Su médico también puede ayudarle a solicitar una excepción si cree que necesita un medicamento que no figura en la lista.

Consulte la Lista de medicamentos preferidos en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). También puede llamar al Servicio al Cliente de Gainwell al **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**). Estamos aquí para ayudarle.

## 2. ¿Tiene una receta?

Cuando su médico le dé una receta o cuando necesite un resurtido, visite una farmacia de la red. Muestre al farmacéutico su tarjeta de ID de miembro. Puede encontrar una lista de farmacias de la red en el Directorio de proveedores en [spbm.medicaid.ohio.gov](http://spbm.medicaid.ohio.gov) o llamar a Servicio al Cliente de Gainwell al 1-833-491-0344.

## 3. Si usted necesita resurtir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos preferidos

Visite una farmacia de la red y muestre su tarjeta de ID de miembro. Si no tiene su tarjeta de ID de miembro, puede mostrarle al farmacéutico la información que aparece a continuación. Hable con su médico sobre sus opciones para medicamento con receta.

### A la atención de: Farmacéutico

Tramite la reclamación de Gainwell de este miembro utilizando:

**BIN:** 02451

**Número de control procesador:** OHRXPROD

Si usted recibe un mensaje de que el medicamento del miembro necesita una preautorización o si no está en nuestro formulario, llame a Gainwell al **1-833-491-0344** o visite [spbm.medicaid.ohio.gov](http://spbm.medicaid.ohio.gov) para más información.

# Visitas al médico

---

## Su proveedor de atención primaria (PCP)

Llamamos a su médico de cabecera, proveedor de atención primaria o PCP. Si consulta al mismo médico de atención primaria a lo largo del tiempo, le resultará más fácil entablar una relación con ellos. Cada miembro de la familia puede tener su propio proveedor de atención primaria o es posible que todos prefieran atenderse con la misma persona. Consulte a su proveedor de atención primaria para:

- Atención de rutina, incluidos los exámenes médicos anuales
- Coordinar su atención con un especialista
- Tratamiento de resfriados y gripe
- Otras inquietudes de salud

### Usted tiene opciones

Usted puede decidir entre varios tipos de proveedores de la red al elegir su proveedor de atención primaria. Estos son algunos tipos de PCP:

- Médico de familia (también llamado médico general): cuidado de niños y adultos.
- Médico de medicina interna (también llamado internista): cuidado de adultos.
- Enfermera/o especialista (NP): cuidado de niños y adultos.
- Pediatra: cuidado de niños
- Asistente médico (PA): cuidado de niños y adultos.

### ¿Qué es un proveedor de la red?

Los proveedores de la red tienen un contrato con UnitedHealthcare Community Plan para atender a nuestros miembros. Usted no necesita llamarnos para poder ver a uno de estos proveedores. A veces los miembros necesitan ver a un tipo de médico muy especializado. Colaboraremos con su PCP para asegurarnos de que pueda atenderse con un especialista o recibir servicio cuando lo necesite y por el tiempo que lo necesite, incluso si el proveedor no es actualmente un proveedor de la red. Si autorizamos la atención o el servicio por adelantado, antes de que se atienda con el proveedor fuera de la red, no tendrá costo para usted.

Si usted ve a un especialista sin que lo refiera su PCP y sin la autorización de UnitedHealthcare Community Plan por anticipado, es posible que tenga que pagar por la factura. Consulte siempre primero a su proveedor de atención primaria para cualquier servicio que necesite.

### Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan tiene contratos con proveedores que cumplen con sus estándares de calidad.

Hay 3 maneras de encontrar el proveedor de atención primaria adecuado para usted:

1. Consulte nuestro Directorio de proveedores impreso. El Directorio de proveedores incluye a todos los proveedores que pertenecen a la red. Usted puede pedir un Directorio de proveedores impreso llamando a Servicio al Cliente o devolviendo la tarjeta postal que recibió con los materiales para nuevo miembro, donde se incluía su tarjeta de identificación de miembro (ID).
2. Use la herramienta de búsqueda Find-A-Doctor en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan).
3. Llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**. Podemos responder a sus preguntas y ayudarle a encontrar un proveedor de atención primaria cerca de usted.

Su plan cuenta con una red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de calidad que trabajan en colaboración para que usted reciba el mejor cuidado. Consulte el Directorio de proveedores de su plan para ver una lista de los proveedores de la red. Los proveedores pueden cambiar a lo largo del año a medida que seguimos creando una red de calidad para usted. Puede encontrar el Directorio de proveedores más actualizado en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o en la aplicación UnitedHealthcare.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de nuestros servicios o un proveedor que trabaje con nuestros servicios y una segunda compañía de seguros, también puede llamar a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**. Con gusto le ayudaremos a encontrar un proveedor de la red que sea adecuado para usted. Informe a su representante de Servicio al Cliente si tiene alguna preferencia cultural de lugar o de idioma. También pueden enviarle un Directorio de proveedores si llama a Servicio al Cliente.

Una vez que elija a su proveedor de atención primaria, llame a Servicio al Cliente para informarnos al respecto. Nos aseguraremos de actualizar sus registros. Si usted prefiere no elegir un proveedor de atención primaria, UnitedHealthcare puede hacerlo por usted, basándose en su ubicación y el idioma que habla.

### Obtenga más información sobre los médicos de la red

Puede buscar información sobre los médicos de la red en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o llamando a Servicio al Cliente. Podemos proporcionarle la siguiente información:

- Nombre, dirección, números de teléfono
- Cualificaciones profesionales
- Especialidad
- Universidad o facultad de medicina donde estudió
- Finalización de la residencia
- Estado de certificación de la Junta Médica
- Idiomas que habla

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

# Exámenes médicos anuales

### La importancia de su examen médico anual

No tiene que esperar a enfermarse para ir al médico. De hecho, los exámenes médicos anuales con su proveedor de atención primaria pueden ayudarle a mantenerse saludable. Además de revisar su estado de salud general, su proveedor de atención primaria se asegurará de indicarle los exámenes, pruebas y vacunas que necesite. Y si hay algún problema médico, es mucho más fácil tratarlo cuando se detecta a tiempo.

Vea a continuación algunas pruebas de detección importantes. La frecuencia con la que necesite una prueba de detección dependerá de su edad y los factores de riesgo. Hable con su médico acerca de qué es lo mejor para usted.

### Para las mujeres

- Prueba de Papanicolau: ayuda a detectar el cáncer del cuello uterino
- Examen de seno/mamografía: ayuda a detectar el cáncer de seno

### Para los hombres

- Examen testicular: ayuda a detectar el cáncer de testículos
- Examen de próstata: ayuda a detectar el cáncer de próstata

### Visitas de niño sano

Las visitas de niño sano son la ocasión para que su proveedor de atención primaria vea cómo está creciendo y desarrollándose su hijo. En estas visitas también se realizan las pruebas de detección necesarias, como exámenes del habla y la audición, y se administran las vacunas. Estas consultas de rutina también son una buena oportunidad para que usted haga cualquier pregunta que tenga sobre el comportamiento y el bienestar de su hijo, como por ejemplo:

- Comidas
- Sueño
- Comportamiento
- Interacciones sociales
- Actividad física

### Programación de exámenes médicos.

Es importante programar las visitas de niño sano en las siguientes edades:

de 3 a 5 días	15 meses
1 mes	18 meses
2 meses	24 meses
4 meses	30 meses
6 meses	Todos los años a partir de los 3 años hasta la adolescencia
9 meses	
12 meses	

Vea a continuación las vacunas que probablemente le pondrá el médico y cómo protegen a su hijo:

- **Hepatitis A y Hepatitis B:** previene dos infecciones comunes del hígado.
- **Rotavirus:** protege contra un virus que causa diarreas graves
- **Difteria:** previene una infección peligrosa de garganta
- **Tétanos:** previene una infección nerviosa peligrosa
- **Tos ferina:** previene la tos ferina
- **HiB:** previene la meningitis infantil
- **Antimeningocócica:** previene la meningitis bacteriana
- **Polio:** previene un virus que causa parálisis
- **MMR:** previene el sarampión, las paperas y la rubéola
- **Varicela:** previene la varicela
- **Gripe:** protege contra el virus de la gripe
- **Antineumocócica:** previene infecciones de oído, infecciones de la sangre, pulmonía y la meningitis bacteriana
- **HPV:** protege contra el virus de transmisión sexual que puede causar cáncer cervical en las mujeres y verrugas genitales en los hombres

## Programar una cita con su proveedor de atención primaria (PCP)

Llame al consultorio de su médico directamente. Llame al número que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro. Cuando llame para programar una cita, asegúrese de comunicarle al consultorio el motivo de su visita. Esto le ayudará a recibir la atención que necesite, cuándo la necesite.

### Esta es la rapidez con la que puede esperar que le atiendan:

- En situaciones de emergencia: inmediatamente o lo enviarán a un centro de emergencias.
- En situaciones de emergencia que no ponen en peligro la vida: inmediatamente o lo referirán a un centro de emergencias.
- En situaciones de urgencia (no una emergencia): en un plazo de 1 día o 24 horas
- Consulta de rutina: en un plazo de 6 semanas
- Prevención y bienestar: en un plazo de 6 semanas

## **Bienvenido**

---

# **Lo que necesita para la cita con su proveedor de atención primaria**

### **Antes de la visita**

1. Tenga claro qué quiere conseguir con la consulta (aliviar los síntomas, que le remitan a un especialista, información específica, etc.).
2. Anote cualquier síntoma nuevo y cuándo empezó.
3. Haga una lista de todos los medicamento o vitaminas que toma con regularidad.

### **Durante la visita**

Cuando esté con el médico, siéntase libre de:

- Hacerle preguntas
- Tomar notas si le sirven de recordatorio
- Pedirle que hable despacio o que le explique cualquier cosa que no entienda
- Pedirle más información sobre medicamentos, tratamientos o enfermedades

## **Servicios de NurseLine: su recurso de información de salud disponible las 24 horas**

**Llame al 1-800-542-8630, TTY 1-800-855-2880.**

Cuando se enferma o se lesiona, puede resultarle difícil tomar decisiones sobre el cuidado de la salud. Tal vez no sepa si debe ir a la sala de emergencias, a un centro de urgencias, programar una cita con un proveedor o recurrir al autocuidado. El experimentado personal de enfermería de NurseLine puede brindarle información para ayudarle a decidir.

Ellos pueden proporcionarle información y apoyo para muchas situaciones e inquietudes de salud, como son:

- Lesiones menores
- Enfermedades comunes
- Consejos de autocuidado y opciones de tratamiento
- Diagnósticos recientes y condiciones crónicas
- Cómo elegir el cuidado médico apropiado
- Prevención de enfermedades
- Nutrición y acondicionamiento físico
- Preguntas para hacerle a su proveedor
- Cómo tomar los medicamentos de forma segura
- Salud del hombre, de la mujer y de los niños

Puede que simplemente sienta curiosidad por un tema de salud y desee obtener más información. El personal de enfermería titulado y con experiencia puede proporcionarle información, apoyo y orientación en caso de preguntas o preocupaciones relacionadas con la salud.

Solo tiene que llamar al número de teléfono gratuito **1-800-542-8630**, TTY **1-800-855-2880**. Puede llamar al número gratuito de Nurseline en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No hay límite en cuanto al número de veces que puede llamar.

## Si necesita atención y su consultorio médico está cerrado

Llame a su médico si necesita atención, pero no es una emergencia. El teléfono de su médico recibe llamadas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Su médico o el médico de guardia le ayudarán a tomar la mejor decisión para su salud.

Puede que le indiquen:

- Ir a una clínica que presta servicios fuera del horario laboral o a un centro de atención de urgencia
- Ir al consultorio por la mañana
- Ir a la Sala de Emergencias (ER)
- Obtener medicamentos en su farmacia

# Atención médica lejos de casa

- Si necesita atención médica urgente cuando está fuera de casa, llame a su proveedor de atención primaria o a UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-895-2017**, TTY **711**, para obtener ayuda
- En caso de emergencia, no necesita llamar primero a su proveedor de atención primaria. Llame al **911** o vaya a la sala de emergencias que le quede más cerca
- Llame a su proveedor de atención primaria después de una visita a la sala de emergencias
- Haga una consulta de seguimiento con su proveedor de atención primaria
- Los servicios de rutina para el cuidado de la salud deberá recibirlos de su proveedor de atención primaria cuando regrese a casa
- Los servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios no están cubiertos

Si usted recibe cuidados de emergencia mientras se encuentra lejos de casa, su médico puede enviar los reclamos electrónicamente o a esta dirección:

UnitedHealthcare Community Plan  
P.O. Box 5220  
Kingston, NY 12402-5220

Si se encuentra lejos de casa y necesita cuidados que no son de emergencia, pero no puede encontrar a un proveedor de la red cerca de usted, llame al número de teléfono de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de ID de miembro.

## Hogar médico

### ¿Qué es un hogar médico?

El hogar médico es el lugar en el que confía y al que acude siempre que necesita atención médica. Si usted siempre consulta al mismo médico o consultorio, este médico es su “hogar médico”.

### ¿Por qué necesitaría un hogar médico?

El hogar médico le facilita recibir atención y consejos médicos. Hay muchas razones por las que le convendría tener un hogar médico.

- El hogar médico ya contará con su registro médico. Esto hace que el médico le atienda más rápido.
- El hogar médico conocerá su historial de vacunas, enfermedades y medicamentos con receta y qué le funciona mejor.
- El hogar médico conocerá las alergias y otros problemas de salud que pueda tener.
- El hogar médico conocerá los comportamientos y aspectos de salud que son normales para usted.
- El hogar médico puede responder a sus preguntas sobre tratamientos previos.

Recomendamos que todos nuestros miembros tengan un hogar médico.

## Servicios de autorreferencia

Usted puede recibir algunos servicios sin que su proveedor de atención primaria le refiera o recomiende a otro médico. Este tipo de servicios se llaman de autorreferencia. Entre los servicios que puede recibir sin que su proveedor de atención primaria le refiera a otro especialista se encuentran:

- Cuidado dental
- Cuidado de la vista
- Servicios de atención médica rutinaria y preventiva de la mujer prestados por un especialista en salud de la mujer (obstetricia, ginecología, enfermera partera certificada)
- Cuidado especializado (excepto de quimioterapia y servicios de un especialista para el tratamiento del dolor)
- Cuidados de emergencia
- Servicios prestados por proveedores cualificados de planificación familiar (QFPP)
- Servicios de salud del comportamiento, salud mental y servicios por consumo de sustancias
- Servicios prestados en un Centro de Salud Aprobado a Nivel Federal (FQHC) o una Clínica de Salud Rural (RHCs) y servicios de enfermeras especialistas
- Diálisis
- Radioterapia
- Mamografías

Usted debe consultar a un proveedor de la red para todos los servicios de autorreferencia excepto para servicios de emergencia o servicios brindados en un Centro de Salud Aprobado a Nivel Federal (FQHC) o una Clínica de Salud Rural (RHCs), servicios proporcionados por proveedores cualificados de planificación familiar (QFPPs), y en los centros de tratamiento del Departamento de Salud Mental y Servicios por Adicciones de Ohio (OhioMHAS) que son proveedores de Medicaid. Los proveedores participantes son aquellos que constan en el Directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Su Directorio de proveedores incluye especialistas como oncólogos, ginecólogos, optometristas, dentistas y psicólogos. Si su proveedor no figura en la lista, llame a Servicio al Cliente [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) para averiguar si su proveedor acepta UnitedHealthcare Community Plan. Para recibir la mejor atención posible, informe a su PCP de cualquier visita a especialistas y otros proveedores que usted haya consultado con autorreferido. Al hacer esto, su PCP puede ayudarle en la coordinación de su atención médica. Si usted visita a un proveedor que no es un proveedor participante de UnitedHealthcare Community Plan, es posible que esos servicios requieran una preautorización.

## Bienvenido

---

### Proveedores fuera de la red

Un proveedor que no pertenece a la red de UnitedHealthcare Community Plan es un proveedor fuera de la red. Si usted acude a un proveedor fuera de la red, UnitedHealthcare generalmente no pagará por la atención a menos que se trate de un servicio cubierto de planificación familiar, una emergencia o que usted tenga una preautorización aprobada por nosotros. Llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017** (dificultades auditivas: **711**). Le ayudaremos. Servicio al Cliente también puede proporcionarle una lista de especialistas, incluido un proveedor de servicios de salud mental.

## Beneficios adicionales para los miembros de la población de Extensión para adultos

**Los servicios institucionales, en concreto los servicios en un centro de enfermería y en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual (ICF-IID), están cubiertos para la población de Extensión para adultos sin límite, cuando sean médicamente necesarios.**

### Servicios en Centros de enfermería (NF)

Las reglas 5160-26-02 y 5160-26-03 de la OAC permiten a la ODM dar de baja a afiliados previa solicitud a la ODM. Para las poblaciones CFC (Familias y niños cubiertos) y ABD (personas mayores, ciegas o con discapacidad) existentes, se les puede cancelar la inscripción a los miembros del MCP después del segundo mes de estancia continua en el centro de enfermería, y recibir cobertura a través del programa de pago por servicio (FFS) cuando se cumplan determinados requisitos. Sin embargo, no se cancelará la inscripción a los miembros del MCP de Extensión para adultos que permanezcan en el programa de atención administrada durante todas las estancias médicamente necesarias en el NF, siempre que sigan siendo elegibles en la categoría de Medicaid de Extensión para adultos. Admisiones o ingresos en ICF-IID: Si tiene conocimiento de que un miembro de Extensión para adultos ha ingresado en un centro ICF-IID, póngase en contacto con la ODM inmediatamente y la ODM colaborará con el MCP para determinar los siguientes pasos para la cobertura.

### Servicios de psicólogos

No existen límites de beneficios (también conocidos como “límites estrictos”) para la prestación de servicios de un psicólogo para adultos; los servicios de psicólogo médicamente necesarios deben proporcionarse sin límites a todos los miembros de Extensión para adultos. Este beneficio se creó sin límites estrictos para garantizar el cumplimiento de los requisitos federales de la ley de Igualdad de Salud Mental y Equidad en Adicciones (MHPAEA).

## Obtener una segunda opinión

Una segunda opinión es cuando desea ver a un segundo médico por el mismo problema de salud. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de la red para cualquiera de sus beneficios cubiertos. Usted decide. No está obligado a obtener una segunda opinión.

## Preautorizaciones

En algunos casos, su proveedor debe obtener permiso del plan de salud antes de prestarle un determinado servicio. Esto se denomina preautorización y es responsabilidad de su proveedor. Si no obtiene la preautorización, no podrá recibir dichos servicios.

### **Puede ser necesaria una preautorización.**

Los servicios que necesitan una preautorización son:

- Ingresos hospitalarios
- Servicios de atención médica a domicilio
- Determinados procedimientos ambulatorios de diagnóstico por imagen, como resonancias magnéticas (MRI), tomografías computarizadas (CT scans) y tomografías por emisión de positrones (PET scans)

## Atención continuada si su proveedor de atención primaria abandona la red

A veces los PCP abandonan la red. Si esto ocurre en el caso de su PCP, usted recibirá una carta nuestra informándole de ello. A veces, UnitedHealthcare Community Plan pagará para que usted reciba servicios cubiertos de los médicos durante un corto tiempo después de que dejen la red. Es posible que pueda obtener atención y tratamiento continuados cuando su médico abandone la red si usted está recibiendo tratamiento activo por un problema de salud grave. Por ejemplo, puede calificar para este servicio si está recibiendo quimioterapia para el cáncer o está embarazada de 6 meses como mínimo cuando su médico abandona la red. Para solicitarlo, llame a su médico. Pídale que solicite una autorización a UnitedHealthcare para seguir recibiendo atención y tratamiento.

# Servicios de transporte: en situaciones que no son de emergencia

Si usted necesita transporte para ver a su proveedor de atención primaria o a cualquier otro proveedor médico, es posible que podamos ayudarle. UnitedHealthcare Community Plan le proporcionará 30 viajes de ida o 15 viajes de ida y vuelta por año hacia y desde su PCP, programa WIC, farmacia u otros proveedores participantes de atención médica o de salud del comportamiento, como proveedores de servicios para la vista, dentales, de salud mental y por consumo de sustancias. También puede solicitar ayuda para acudir a sus visitas de redeterminación de Medicaid.

Además del transporte requerido, UnitedHealthcare Community Plan ofrece estos servicios de transporte adicionales:

- El reembolso del millaje está ahora disponible para los miembros o sus representantes que prefieran utilizar su propio vehículo para desplazarse a las citas médicas. Los miembros tienen que solicitar los viajes con 5 días de antelación.
- Viajes ilimitados para visitas de embarazo, prenatales, postparto, programa WIC, unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU) y visitas de niño sano (menores de 1 año). No se requiere notificación previa. Se permiten viajes independientes a la farmacia.

# Hospitales y emergencias

---

## Atención de urgencia

Las clínicas de atención de urgencia están a su disposición cuando necesita ver a un médico por una enfermedad que no pone en peligro su vida, pero su proveedor de atención primaria no está disponible o es fuera del horario del consultorio. Entre los problemas de salud más comunes que requieren atención de urgencia figuran los siguientes:

- Dolor de garganta
- Infección de oído
- Pequeños cortes o quemaduras
- Gripe
- Fiebre baja
- Esguinces

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

### **Planifique con antelación**

Es bueno saber qué clínica de atención de urgencia le queda más cerca. Puede encontrar una lista de clínicas de atención de urgencia en su Directorio de proveedores o puede llamar a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

# Servicios hospitalarios

Hay ocasiones en las que su salud puede requerir que acuda al hospital. Existen servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Los **servicios ambulatorios** incluyen radiografías, pruebas de laboratorio y cirugías menores. Su proveedor de atención primaria le indicará si necesita servicios ambulatorios. El consultorio de su médico puede ayudarle a programarlos.

Los **servicios para pacientes hospitalizados** requieren que pase al menos una noche en el hospital. Puede tratarse de una enfermedad grave, una cirugía o el nacimiento de un bebé.

Los servicios para pacientes hospitalizados requieren que usted sea admitido en el hospital (lo que se denomina ingreso hospitalario). El hospital se pondrá en contacto con UnitedHealthcare Community Plan y solicitará autorización para su atención. Si el médico que le ingresa en el hospital no es su PCP, deberá llamar a su PCP e informarle de que van a ingresarle en el hospital.

# Atención dental de emergencia

Los servicios de atención dental de emergencia para controlar el dolor, una hemorragia o una infección están cubiertos por su plan.

### Visitas al hospital

Usted debería ir al hospital solo si necesita atención de emergencia o si su médico se lo indica.

## **Servicios médicamente necesarios**

Son servicios médicos que:

- Son esenciales para prevenir, diagnosticar, evitar el empeoramiento, aliviar, corregir o curar afecciones médicas que pongan en peligro la vida, causen sufrimiento o dolor, provoquen deformidad física o mal funcionamiento, amenacen con causar o agravar una discapacidad o provoquen una enfermedad o dolencia a un miembro de UnitedHealthcare Community Plan;
- Se proporcionan en un centro adecuado y con el nivel de atención apropiado para el tratamiento de la afección médica del miembro de UnitedHealthcare Community Plan;
- Se proporcionan de acuerdo con las normas generalmente aceptadas por la práctica médica.

Servicios en un centro de maternidad independiente. Los miembros deben llamar a Servicio al Cliente para determinar si hay centros cualificados en Ohio.

Los servicios para el cuidado de la salud médicamente necesarios se obtendrán a través de los proveedores en la red de proveedores de la MCO, a excepción de los servicios de emergencias.

Si un miembro necesita los servicios de un centro de enfermería, debe llamar a Servicio al Cliente para informarse sobre los proveedores disponibles.

El beneficio de relevo del cuidador incluye el reemplazo temporal a corto plazo del cuidador principal de una persona menor de 21 años para: ayudar en la preparación de las comidas y la asistencia práctica durante el relevo/supervisión del menor; estos servicios pueden prestarse en una situación de emergencia o de forma planificada, en el domicilio del menor, por personas empleadas por proveedores de Medicaid inscritos que sean agencias de asistencia médica a domicilio certificadas por Medicare o, de lo contrario, agencias acreditadas. Los servicios de relevo del cuidador no los puede prestar el miembro de familia legalmente responsable del menor ni tampoco la persona a cargo de la tutela temporal. Los proveedores deben permanecer despiertos durante la prestación de los servicios de relevo del cuidador y no pueden prestarse durante la noche. Existe un límite de no más de 24 horas de relevo del cuidador al mes, sin exceder las 250 horas por año calendario.

## Bienvenido

---

### Requisitos del miembro para el beneficio de relevo del cuidador:

- Ser menor de 21 años con derecho a la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI);
- Estar inscrito en un programa de administración de la atención médica de una Organización de Atención Administrada (MCO);
- Vivir con un cuidador principal informal no remunerado;
- La MCO ha determinado que cumple los criterios del nivel de atención institucional;
- La MCO ha determinado que requiere servicios de enfermería especializada o rehabilitación especializada al menos una vez por semana;
- Ha recibido al menos 14 horas semanales de servicios de asistencia médica a domicilio durante al menos 6 meses consecutivos inmediatamente antes de la fecha en que se solicitan los servicios de relevo del cuidador;
- La MCO ha determinado que el cuidador principal necesita un relevo temporal en el cuidado del niño como consecuencia de las necesidades de servicios y apoyo a largo plazo o para evitar la colocación institucional o fuera del hogar.

En el caso de algunos servicios médicamente necesarios, se debe obtener una preautorización antes de poder recibirlos. Consulte la página 25 de esta guía para más información sobre la preautorización.

## Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos

Si se encuentra fuera de los Estados Unidos o de sus territorios y necesita atención médica, ningún servicio médico que reciba estará cubierto por UnitedHealthcare Community Plan. Medicaid no puede pagar ningún servicio médico que usted reciba fuera de los Estados Unidos.

### No espere

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

# **Guía para miembros del Departamento de Medicaid de Ohio**

# Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

---

## El estado de Ohio le da la bienvenida

Estimado miembro de UnitedHealthcare Community Plan:

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan. Si tiene algún problema para leer o comprender esta información, comuníquese con Servicio al Cliente al **1-800-895-2017, TTY 711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. para recibir ayuda sin costo alguno para usted. Podemos explicarle esta información en inglés o en su lengua materna mediante servicios de interpretación oral o traducción. Podemos imprimir esta información en el idioma principal del miembro. Usted puede obtener este documento gratuitamente en otros formatos, como en letra grande, braille o audio, además de otras ayudas o servicios auxiliares para personas con discapacidades. Si tiene impedimentos auditivos o visuales, puede recibir ayuda especial. Llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017, TTY 711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. La llamada es gratuita.

Si tiene un problema de salud que requiere atención médica continuada, llame a Servicio al Cliente lo antes posible. Por ejemplo: Si necesita una cirugía, está embarazada, se atiende con un especialista, recibe fisioterapia o servicios de atención a domicilio, llame de inmediato a Servicio al Cliente

Le adjuntamos su Guía para Miembros Su Guía para Miembros le proporciona mucha información que necesita saber como miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Es muy importante que lea este material.

La información a continuación le ayudará a obtener servicios de atención médica a través de UnitedHealthcare Community Plan:

- En su tarjeta de identificación (ID) figuran el nombre y el número de teléfono de su proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP tratará la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud. Si no desea atenderse con el médico de atención primaria que figura en su tarjeta de ID, debe llamar a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan para cambiar de PCP. Su PCP debe pertenecer a la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan.
- El Directorio de proveedores incluye los nombres de los proveedores que forman parte de la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Para la mayoría de sus servicios de atención médica, debe consultar a proveedores que formen parte de la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Su Guía para Miembros le indica cómo acceder a los servicios de estos proveedores. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener ayuda.

## Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

---

- Si solicitó un Directorio de proveedores impreso cuando se comunicó con la línea directa de Medicaid para seleccionar un plan de atención administrada, también debería recibir el Directorio en los próximos días. Si no se comunicó con la línea directa de Medicaid para inscribirse y le asignaron a UnitedHealthcare Community Plan, puede solicitar el Directorio de proveedores impreso llamando al departamento de Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m, o devolviendo la tarjeta postal adjunta. Los miembros también pueden visitar nuestra página web [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) para consultar la información actualizada de la red de proveedores..

Si no ha recibido el material descrito anteriormente o si no entiende la información, póngase en contacto con nuestro Servicio al Cliente lo antes posible para que le ayuden.

Si debe viajar una distancia de 30 millas o más desde su domicilio para recibir servicios de atención médica cubiertos, UnitedHealthcare Community Plan le proporcionará transporte de ida y vuelta al consultorio del proveedor. Además, también proporcionamos transporte para visitas a otros proveedores, tal y como se explica en la Guía para Miembros. Si usted es miembro, puede llamar al **1-800-895-2017**, TTY **711**, con 48 horas como mínimo de antelación para programar el transporte.

Además de la asistencia de transporte que le proporciona UnitedHealthcare Community Plan, usted puede obtener transporte para determinados servicios a través del programa de Transporte que no es de emergencia (NET) del Departamento local de empleo y servicios a la familia del condado. Llame al Departamento de empleo y servicios a la familia de su condado si tiene preguntas o necesita ayuda con los servicios de NET.

### **Membresía opcional del plan de atención administrada (MCP)**

- Miembros de una tribu india reconocida a nivel federal, independientemente de su edad.
- Personas que reciben servicios de exención domiciliaria y comunitaria a través del Departamento de Discapacidades del Desarrollo de Ohio.

### **Excluidos de la membresía del MCP**

Las siguientes personas no pueden afiliarse al UnitedHealthcare Community Plan:

- Quienes tienen doble elegibilidad bajo los programas de Medicaid y Medicare;
- Personas internadas permanentemente (en una residencia de cuidados médicos y que no cumplen con los requisitos para la categoría de Extensión para adultos, en un centro de cuidados a largo plazo, ICF-IID, o en algún otro tipo de institución);
- Quienes reciben servicios del Programa de Exención de Medicaid y no cumplen con los requisitos para la categoría de Extensión para adultos.

Si cree que usted o su hijo/a cumplen alguno de los criterios anteriores y no deberían ser miembros de un plan de atención administrada, debe llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572). Si se cumple alguno de los criterios anteriores, se pondrá fin a la membresía del MCP.

Si tiene preguntas sobre la información anterior u otras dudas en las que podamos ayudarle, llame a nuestro Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**. Nos complace tenerle como miembro y esperamos poder colaborar con usted para mejorar su atención médica.

# Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

ATTENTION: If you do not speak English, language services, free of charge, are available to you. Call toll-free **1-800-895-2017**, TTY **711**, 7:00 a.m.–7:00 p.m., Monday–Friday.

Si habla español tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-895-2017**. TTY **711**.

**English:** ATTENTION: Translation and other language assistance services are available at no cost to you. If you need help, please call the toll-free number on your member identification card.

**Spanish:** ATENCIÓN: La traducción y los servicios de asistencia de otros idiomas se encuentran disponibles sin costo alguno para usted. Si necesita ayuda, llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

**Haitian French Creole:** ATANSYON: Gen tradiksyon ak lòt sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Si ou bezwen èd, tanpri rele nimewo gratis lan ki sou kat idantifikasyon ou kòm manm lan.

**Somali:** DIGNIIN: Turjumaada iyo adeegyada kale ee kaalmada luuqadda waxaad ku heleysaa lacag la'aan. Haddii aad u baahan tahay caawimaad, fadlan wac lambarka sida bilaashka loo waco ee ku yaala kaarkaaga aqoonsiga xubinnimo.

**Ukrainian:** УВАГА! Ви можете безкоштовно скористатися послугами перекладу та іншими послугами мовної підтримки. Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте за безкоштовним номером, вказаним у вашій ідентифікаційній картці учасника.

**Arabic:** تنبيه: تتوفر خدمات الترجمة وخدمات المساعدة اللغوية الأخرى لك مجانًا. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يُرجى الاتصال بالرقم المجاني المدون على بطاقة تعريف العضو الخاصة بك.

**Nepali:** ध्यान दिनुहोस्: तपाईंका लागि अनुवाद र अन्य भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क उपलब्ध छन्। मद्दतको अनुरोध गर्न, कृपया आफ्नो आईडी कार्डमा सूचीबद्ध टोल-फ्री फोन नम्बरमा सदस्यलाई कल गर्नुहोस्।

Si tiene problemas para leer o comprender esta información o cualquier otra información de UnitedHealthcare Community Plan, llame al número gratuito de Servicio al Cliente **1-800-895-2017**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. para recibir ayuda sin costo alguno para usted. Podemos explicarle esta información en inglés o en el idioma de su preferencia. Usted puede obtener este documento sin costo alguno en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame al número gratuito **1-800-895-2017**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

## Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

---

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan. Ahora usted es miembro de un plan de cuidado de la salud, también conocido como plan de atención administrada (MCP). UnitedHealthcare Community Plan proporciona servicios para el cuidado de la salud a los residentes de Ohio que reúnen los requisitos, incluidas las personas con bajos ingresos, embarazadas, bebés, niños, adultos mayores y personas con discapacidades. La información contenida en esta Guía para Miembros tiene como objetivo servir de guía informativa y de referencia rápida.

UnitedHealthcare Community Plan no discrimina por motivos de raza, color de la piel, religión, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, nacionalidad, condición de veterano, ascendencia, estado de salud, condición de militar, identidad de género, información genética o la necesidad de recibir servicios médicos.

## Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

---

Es importante recordar que usted debe recibir los servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan en los centros y con los proveedores de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Los proveedores de la red de UnitedHealthcare Community Plan aceptan trabajar con su plan de salud para brindarle la atención necesaria. Consulte las páginas 65-72 para obtener información sobre los servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan. Usted puede utilizar proveedores que no pertenecen a la red de UnitedHealthcare Community Plan únicamente para:

- servicios de emergencia,
- centros de salud aprobados a nivel federal (FQHC)/clínicas de salud rurales (RHC)
- proveedores cualificados de planificación familiar
- enfermeras parteras certificadas o enfermeras especialistas certificadas
- un proveedor fuera de la red que UnitedHealthcare Community Plan haya aprobado para que le atienda

El Directorio de proveedores enumera a todos los proveedores de nuestra red, así como a otros proveedores fuera de la red que usted puede utilizar para recibir servicios. Usted debe haber recibido una tarjeta postal con la opción de solicitar un Directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Usted puede pedir un Directorio de proveedores impreso llamando a Servicio al Cliente o devolviendo la tarjeta postal que recibió con los materiales para nuevo miembro, donde se incluía su tarjeta de identificación de miembro (ID). El Directorio de proveedores enumera a todos los proveedores de nuestra red, así como a otros proveedores fuera de la red que usted puede utilizar para recibir servicios. También puede visitar nuestra página web en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) para consultar la información actualizada de la red de proveedores o llamar a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. para obtener ayuda.

## Tarjetas de identificación (ID)

Debe haber recibido una tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Cada miembro de su familia que se ha afiliado a UnitedHealthcare Community Plan recibirá su propia tarjeta. Estas tarjetas reemplazan su tarjeta mensual de Medicaid. Cada tarjeta es válida mientras la persona sea miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Usted no recibirá una tarjeta cada mes como solía pasar con la tarjeta de Medicaid.

Si está embarazada tiene que comunicárselo a UnitedHealthcare Community Plan. También debe llamar cuando nazca su bebé para que podamos enviarle una nueva tarjeta de ID para su bebé.

Llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan lo antes posible al **1-800-895-2017** o TTY **711** si:

- Aún no ha recibido sus tarjetas de ID, o si:
- Aparece información errónea en las tarjetas
- Pierde sus tarjetas
- Usted tiene un bebé

### **Lleve siempre consigo su(s) tarjeta(s) de ID**

Necesitará su tarjeta de ID cada vez que reciba servicios médicos. Esto significa que necesitará su tarjeta de ID de UnitedHealthcare Community Plan cuando:

- consulte a su proveedor de atención primaria (PCP)
- consulte a un especialista u otro proveedor
- acuda a la sala de emergencias
- acuda a un centro de atención de urgencia
- acuda a un hospital por cualquier motivo
- obtenga suministros médicos
- obtenga medicamentos con receta
- tenga que someterse a pruebas médicas
- tenga que programar transporte

## Información para nuevos miembros

**Si ya tiene servicios de atención médica aprobados o programados, es importante que llame a Servicio al Cliente de inmediato.** En determinadas situaciones y por un periodo de tiempo específico después de inscribirse, se le puede permitir recibir atención de un proveedor que no pertenezca a la red de UnitedHealthcare Community Plan. **Debe llamar a UnitedHealthcare Community Plan antes de recibir atención médica.** Si no nos llama, es posible que no pueda recibir atención y que no se pague el reclamo. Por ejemplo, debe llamar a Servicio al Cliente si ya tiene los siguientes servicios aprobados o programados:

- Trasplante de órgano, medula ósea o células madre hematopoyéticas
- Atención prenatal (embarazo) en el tercer trimestre, incluido el parto
- Cirugía para paciente hospitalizado o para paciente ambulatorio
- Cita con un proveedor de atención primaria o un especialista
- Tratamientos de quimioterapia o radioterapia
- Tratamiento tras el alta hospitalaria en los últimos 30 días
- Servicios dentales o de la vista que no sean de rutina (por ejemplo: frenos o cirugía)
- Equipos médicos (ejemplos: camas de hospital, sillas de ruedas motorizadas, oxígeno en el hogar y suministros respiratorios, suministros para la incontinencia, nutrición enteral y sus suministros)
- Los servicios que recibe en su domicilio, incluidos los de atención médica a domicilio, terapias y enfermería

## Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

---

Una vez que se inscriba, UnitedHealthcare Community Plan le informará si alguno de sus medicamentos actuales requiere una preautorización que no requería cuando era pagado por el programa de Medicaid de pago por servicio. Es muy importante que consulte la información que le proporciona UnitedHealthcare Community Plan y que se comunice con UnitedHealthcare Community Plan si tiene alguna pregunta. También puede consultar el sitio web de UnitedHealthcare Community Plan [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) para averiguar si sus medicamentos requieren preautorización. Es posible que tenga que hacer un seguimiento con el consultorio del profesional que le recetó el medicamento para que soliciten una preautorización a UnitedHealthcare Community Plan si es necesario. Si su medicamento requiere una preautorización, no podrá obtener dicho medicamento hasta que su proveedor envíe la solicitud a UnitedHealthcare Community Plan y ésta sea aprobada.

## Medicamentos con receta

Los miembros de la MCO utilizarán a Gainwell, el administrador único de beneficios de farmacia de Ohio contratado por el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) para surtir los medicamentos con receta y deberán consultar la guía para miembros de Gainwell que figura en el apéndice A de esta guía para obtener ayuda.

## Servicios no cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan no pagará los servicios o suministros recibidos que no estén cubiertos por Medicaid:

- Todos los servicios o suministros que no sean médicamente necesarios
- Pruebas de paternidad
- Servicios para averiguar la causa de la muerte (autopsia) o servicios relacionados con estudios forenses
- Servicios de suicidio asistido, definidos como servicios con el propósito de causar o ayudar a causar la muerte de una persona

Si tiene preguntas relacionadas con la cobertura de algún servicio, llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

### **Servicios no cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan a menos que sean médicamente necesarios**

UnitedHealthcare Community Plan revisa las regulaciones estatales que correspondan y lleva a cabo una revisión de la necesidad médica si es necesario. UnitedHealthcare Community Plan no pagará los siguientes servicios que no estén cubiertos por Medicaid, a menos que se determine que son médicamente necesarios:

- Abortos, excepto en caso de violación reportada, incesto o para salvar la vida de la madre
- Servicios de biorretroalimentación
- Servicios y procedimientos experimentales, incluidos medicamentos y equipos no cubiertos por Medicaid y que no cumplen con las normas habituales de la práctica médica
- Servicios de infertilidad para hombres o mujeres, incluida la reversión de esterilizaciones voluntarias
- Tratamiento en régimen de hospitalización para dejar de consumir drogas o alcohol (están cubiertos los servicios de desintoxicación en régimen de hospitalización en un hospital general)
- Cirugía plástica o estética que no sea médicamente necesaria
- Servicios para el tratamiento de la obesidad a menos que se determine que son médicamente necesarios
- Servicios que Medicare u otro tercero pagador determine que no son médicamente necesarios
- Terapia sexual o matrimonial
- Esterilización voluntaria si es menor de 21 años o no puede autorizar legalmente el procedimiento

#### **Limitaciones de la frecuencia**

Esta no es una lista completa de los servicios que no están cubiertos por Medicaid o UnitedHealthcare Community Plan. Su organización de atención administrada revisará todas las solicitudes de su proveedor. Si tiene preguntas relacionadas con la cobertura de algún servicio, llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

### **Servicios de administración de la atención:**

UnitedHealthcare Community Plan ofrece servicios de administración de la atención médica.

- Si padece una enfermedad crónica, como asma o diabetes, puede beneficiarse de nuestro programa de administración de la atención médica. El personal de UnitedHealthcare Community Plan, incluidas las enfermeras, los administradores de la atención y los empleados participantes pueden comunicarse con los miembros si un médico ha solicitado una llamada telefónica, si el miembro solicita la llamada telefónica o si la MCO considera que los servicios de administración de la atención médica serían útiles para el miembro. Además, UnitedHealthcare Community Plan les proporciona administración de la atención médica a los miembros que utilizan los servicios en una cantidad o con una frecuencia que excede la necesidad médica.

## Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

---

- El personal de UnitedHealthcare Community Plan puede hacerle preguntas al miembro para obtener más información sobre sus afecciones, por ejemplo, la Evaluación de riesgos para la salud (HRA) y otras preguntas específicas sobre su enfermedad o situación.
- El personal de UnitedHealthcare Community Plan proporcionará información para ayudar a los miembros a comprender cómo cuidarse y cómo acceder a los servicios (incluidos los recursos locales).
- El personal de UnitedHealthcare Community Plan hablará con su PCP y con otros proveedores de servicios para coordinar la atención.
- Apoyo a la colaboración cruzada con otras entidades de coordinación de la atención, que pueden incluir proveedores de servicios de exención y proveedores de salud mental de la comunidad.
- El personal de UnitedHealthcare Community Plan revisará su historial médico, social y de salud mental para asegurarse de que lo tenemos todo listo. Un equipo de profesionales de enfermería titulados y trabajadores sociales colaborará con usted, su familia, su PCP y otros proveedores de atención médica y recursos comunitarios para trazar un plan de atención que satisfaga sus necesidades en el entorno más adecuado.
  - Crearemos un plan de atención personalizado basado en sus necesidades individuales.
  - Trabajaremos en colaboración con familiares, cuidadores y proveedores de atención médica.
  - Queremos asegurarnos de que reciba la mejor atención posible.

Los miembros deben llamar si tienen alguna pregunta sobre los servicios de administración de la atención, o si creen que se beneficiarían con dichos servicios, llámenos al 1-800-508-2581. El proveedor también puede referir a los miembros para la coordinación de la atención.

## Servicio al Cliente

El Servicio al Cliente puede ayudarle con sus preguntas o dudas. Incluidas las siguientes:

- Entender sus beneficios
- Servicios cubiertos
  - Ayuda para buscar un proveedor
  - Números de teléfono a los que llamar
  - Horario de atención
- Cómo tener acceso a servicios de cuidados especializados
- Cómo cambiar de proveedor de atención primaria (PCP)
- Cómo presentar una queja acerca de MCP/proveedores/discriminación
- Cómo presentar una queja formal o una apelación
- Cómo tener acceso a asistencia lingüística

- Si no habla inglés, podemos proporcionarle material impreso traducido en su idioma o bien un intérprete que pueda ayudarle a entender estos materiales.
- Los miembros deberán llamar a Servicio al Cliente cuando haya un cambio de información demográfica y en caso de embarazo
- Ayuda para buscar un proveedor
- Cómo presentar una queja en relación con UnitedHealthcare Community Plan/proveedores/discriminación.

Llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. para obtener asistencia.

## Servicios de salud del comportamiento, salud mental y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias

Hay disponibles servicios de tratamiento de salud mental y trastornos por consumo de sustancias. Estos servicios incluyen:

- Servicios médicos
- Tratamiento de la adicción con medicamentos
- Pruebas psicológicas
- Servicios de tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, que incluyen el apoyo de pares para la recuperación; hospitalización parcial y tratamiento residencial; administración de casos; tratamiento ambulatorio intensivo y control de la abstinencia
- Servicio terapéutico conductual
- Rehabilitación psicosocial
- Tratamiento de apoyo psiquiátrico comunitario
- Evaluación diagnóstica y valoración
- Psicoterapia y asesoramiento
- Intervención en crisis
- Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos
- Servicios de enfermería de salud del comportamiento
- Tratamiento para adultos
- Tratamiento comunitario asertivo para adultos
- Servicio móvil de respuesta y estabilización (MRSS)
- Tratamiento intensivo a domicilio para niños y adolescentes

## Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

---

### ¡Nuestros miembros están cubiertos!

Es importante que sepa a dónde acudir en busca de ayuda cuando lo necesite. Estamos a la orden para nuestros miembros. Visite [Liveandworkwell.com](https://www.liveandworkwell.com) para hablar sin rodeos sobre temas de salud mental.

### Cómo comunicarse con la línea de crisis de salud del comportamiento disponible las 24 horas

También puede llamarnos si está en crisis. Podrá hablar con alguien de inmediato y le ayudaremos a obtener la atención que necesita. Solo tiene que llamar a nuestra línea de crisis de salud del comportamiento disponible las 24 horas, al 877-542-9236. Esta llamada es gratuita. La línea de crisis de salud del comportamiento está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días al año. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.

Si necesita servicios de salud mental o tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**. También puede encontrar proveedores adicionales de UnitedHealthcare Community Plan en nuestro sitio web en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), en nuestro Directorio de proveedores o llamando a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

## OhioRISE

OhioRISE (Resiliencia de Ohio mediante sistemas integrados y excelencia) es un programa de atención administrada para niños y jóvenes con necesidades complejas de salud del comportamiento y multisistémicas. Los niños y jóvenes con necesidades multisistémicas suelen estar integrados en diversos sistemas comunitarios, como justicia de menores, protección de la infancia, discapacidades del desarrollo, educación, salud mental y adicciones, entre otros. El objetivo de OhioRISE es apoyar a estos niños y jóvenes para que tengan éxito en sus escuelas, hogares y comunidades. Este apoyo se presta a través de la coordinación de la atención y de servicios especializados a domicilio o en la comunidad del joven.

### Niños y jóvenes que pueden beneficiarse de OhioRISE:

- Aquellos con múltiples necesidades derivadas de problemas de salud del comportamiento
- Aquellos con necesidades multisistémicas o que corren el riesgo de una intervención mayor del sistema
- Quienes corren el riesgo de ser colocados fuera del hogar familiar o que regresan a sus familias después de haber sido colocados fuera del hogar familiar.

Una persona inscrita en el programa OhioRISE tiene los servicios de salud física cubiertos por la Organización de Atención Administrada (MCO) o por el programa de pago por servicio (FFS) de Medicaid.

## Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

---

### Requisitos para participar en el programa OhioRISE:

Los niños y jóvenes pueden ser elegibles para OhioRISE si:

- Cumplen los requisitos de Ohio Medicaid
- Son menores de 21 años, y
- Necesitan un tratamiento significativo de salud del comportamiento, según la evaluación de Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes de Ohio (CANS), o
- Están en un hospital por necesidades de salud mental o por abuso de sustancias.

### Servicios de OhioRISE:

Además de los servicios de salud del comportamiento ya disponibles a través de Medicaid, OhioRISE ofrece los siguientes servicios:

- Coordinación de la atención médica - Ayuda para planificar el apoyo y la atención a las necesidades de salud del comportamiento del niño o joven. Su coordinador de la atención a través de su organización de atención administrada (MCO) también puede formar parte de este proceso.
- Tratamiento intensivo en el hogar (IHBT): Servicios intensivos a corto plazo en el hogar del niño o joven para ayudar a estabilizar y mejorar su salud del comportamiento.
- Relevo del cuidador en caso de salud del comportamiento: Ayuda de corta duración para los cuidadores principales de un niño o joven que se encuentra en un entorno domiciliario o comunitario.
- Fondos flexibles primarios: \$1,500 en un periodo de 365 días para adquirir determinados recursos que aborden una necesidad específica de un niño o un joven.
- Centro de tratamiento residencial psiquiátrico (PRTF): Centros, que no son hospitales, donde se prestan servicios de tratamiento psiquiátrico residencial intensivo a personas de 20 años o menos.
- Servicios móviles de respuesta y estabilización (MRSS): Servicios inmediatos de salud del comportamiento para niños y jóvenes en crisis. Los MRSS ayudan a garantizar que los niños y jóvenes reciban la atención de urgencia que necesitan en sus hogares y comunidades. Este servicio también se presta a través de organizaciones de atención administrada de Medicaid (MCO) y el programa de pago por servicio (FFS) de Medicaid.

### Evaluaciones de Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (CANS)

Para que un niño o joven sea evaluado para OhioRISE, póngase en contacto con Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan, al **1-800-895-2017**, TTY **711**. Le ayudaremos a encontrar un evaluador de CANS en la comunidad del niño o joven para que pueda completar la evaluación de CANS.

## Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

---

### Información de contacto del OhioRISE

Para más información sobre OhioRISE, comuníquese con Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-895-2017**, TTY **711** o con Servicio al Cliente de Aetna OhioRISE al 833-711-0773, TTY 711.

## Programa de servicios coordinados

UnitedHealthcare Community Plan proporciona administración de la atención médica a los miembros que utilizan los servicios en una cantidad o con una frecuencia que excede la necesidad médica. Esto se hace para garantizar que usted tenga una atención médica coordinada y de alta calidad. Si le eligen para formar parte de este programa, le ofrecerán servicios de coordinación de la atención médica con un administrador de la atención. Cuando se haya inscrito en el programa, el administrador de la atención se pondrá en contacto con usted cuando le hayan asignado uno.

Si usted participa en este programa, recibirá una carta pidiéndole que elija una farmacia y que confirme su PCP. Si usted no elige una farmacia en un plazo de 30 días a partir de la fecha de envío de la carta por correo postal, UnitedHealthcare Community Plan seleccionará una farmacia de la red basándose en lo siguiente:

- Dónde ha ido antes
- Que esté abierta las 24 horas si es posible
- Cerca de su casa

Excepto en un caso de emergencia o fuera de las horas de servicio, los miembros de CSP:

- Deben tener una farmacia para surtir sus medicamentos con receta
- Es posible que le asignen a un PCP que coordinará su atención médica con otros proveedores

Los miembros pueden solicitar que les cambien de farmacia o PCP en circunstancias limitadas.

Antes de su fecha de inicio con este programa, usted recibirá una nueva tarjeta de ID en la que figurarán su farmacia y su PCP. Si necesita cambiar la farmacia en la tarjeta de ID, llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**. Las solicitudes de cambios de farmacia se revisarán individualmente.

Las personas que sean elegidas para el programa recibirán mas detalles por correo y se les notificará de sus derechos a una audiencia estatal.

### Healthchek

Healthchek es el beneficio de pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) de Ohio. Healthchek cubre exámenes médicos, vacunas, información educativa sobre la salud y análisis de laboratorio para todos los beneficiarios de Medicaid menores de 21 años. Tales exámenes son importantes para asegurarse de que su hijo esté saludable y se esté desarrollando bien física y mentalmente. Las madres deben someterse a exámenes prenatales y los niños a exámenes al nacer, a los 3-5 días de vida y cuando cumplan 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses de vida. Después, los niños deben hacerse un examen al menos una vez al año.

Healthchek también cubre los exámenes médicos, de la vista, dentales, auditivos, de nutrición, del desarrollo y de salud del comportamiento, además de ofrecer atención para tratar afecciones físicas, del comportamiento y otros trastornos y problemas que se detecten en un examen. Es posible que ciertas pruebas y tratamiento requieran preautorización.

Healthchek está disponible sin costo alguno para los miembros e incluye:

- Exámenes preventivos para recién nacidos, bebés, niños, adolescentes y adultos jóvenes menores de 21 años.
- Exámenes de detección de Healthchek:
  - Exámenes médicos (pruebas de detección físicas y del desarrollo)
  - Exámenes de la vista
  - Exámenes dentales
  - Exámenes de audición
  - Chequeos de nutrición
  - Exámenes del desarrollo
  - Pruebas de detección de niveles de plomo
- Análisis de laboratorio (exámenes apropiados según sexo y edad)
- Vacunas
- Atención de seguimiento médicamente necesaria para tratar problemas de salud o cuestiones observadas durante las pruebas de detección. Podría incluir, entre otros:
  - visitas al proveedor de atención primaria, especialista, dentista, optometrista y otros proveedores de UnitedHealthcare Community Plan para diagnosticar y tratar problemas o afecciones.
  - cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados y para pacientes ambulatorios
  - visitas a una clínica
  - medicamentos con receta
- Información educativa sobre la salud

## Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

---

Es muy importante hacerse exámenes preventivos y pruebas de detección para que sus proveedores puedan detectar a tiempo posibles problemas de salud. De esta forma, su proveedor puede indicarle el tratamiento o referirle a un especialista antes de que empeore el problema. **Recuerde: Es posible que algunos servicios requieran una referencia de su PCP o una preautorización por parte de UnitedHealthcare Community Plan.** Además, para determinados artículos o servicios de pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos, es posible que su proveedor le solicite a UnitedHealthcare Community Plan una preautorización para que cubra cosas que tienen límites o no están cubiertas para los miembros mayores de 20 años. Consulte la página 25 para determinar qué servicios requieren una referencia y/o una preautorización.

Como parte de Healthchek, los servicios de administración de la atención están disponibles para todos los miembros menores de 21 años que tengan necesidades de salud especiales. Consulte la página 38 si desea más información acerca de los servicios de administración de la atención que ofrece UnitedHealthcare Community Plan.

Los miembros pueden obtener servicios de Healthchek:

- Llamando a su PCP y dentista para programar citas para exámenes de rutina (asegúrese de pedir un examen de Healthchek al llamar a su PCP), o
- Llamando a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para recibir la atención médica, esto incluye buscar un proveedor o programar una cita; servicios cubiertos; transporte; preautorizaciones; referencias para mujeres, bebés y niños (WIC), Help Me Grow, Bureau for Children with Medical Handicaps (BCMh), Head Start, y servicios comunitarios como alimentos, ayuda para calefacción, etc.

## Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)

Cada miembro de UnitedHealthcare Community Plan debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) del Directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Su PCP es un proveedor individual, un consultorio de un grupo de proveedores, o un equipo de enfermeras de práctica avanzada capacitado en obstetricia/ginecología (OB/GYN), medicina familiar (medicina general), medicina interna, o pediatría.

Su PCP colaborará con usted para gestionar su atención médica. Su PCP le hará los exámenes médicos, le pondrá las vacunas y le atenderá en la mayoría de sus necesidades de atención médica. Si es necesario, su PCP le remitirá a proveedores, especialistas o le indicará su ingreso en el hospital.

Usted puede comunicarse con su proveedor de atención primaria llamando a su consultorio. El nombre y número de teléfono de su PCP se encuentran impresos en su tarjeta de ID de UnitedHealthcare Community Plan.

### Cómo cambiar de proveedor de atención primaria (PCP)

Si usted desea cambiar de PCP, debe llamar a Servicio al Cliente para solicitar el cambio. Los miembros pueden cambiar su PCP mensualmente. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Los cambios de PCP durante el primer mes de membresía entrarán en vigor en la fecha de la solicitud. Si usted solicita un cambio de proveedor de cuidado primario después del primer mes de membresía, el cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente.

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una nueva tarjeta de ID para hacerle saber que ha cambiado de PCP y la fecha en la que puede empezar a atenderse con su nuevo PCP.

Para saber los nombres de los PCP de UnitedHealthcare Community Plan, puede consultar su Directorio de proveedores si solicitó una copia impresa, visitar el sitio web en [www.uhc.com/communityplan/ohio/plans/medicaid/community-plan](http://www.uhc.com/communityplan/ohio/plans/medicaid/community-plan) o puede llamar a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-895-2017**, TTY **711**. Con mucho gusto le ayudaremos a encontrar un PCP de la red que le resulte conveniente.

### Telesalud

Con el servicio de telesalud recibe atención médica directa por medio de audio y video. En lugar de acudir al consultorio para su cita, usted se queda en su casa y utiliza su teléfono inteligente, tablet u ordenador para ver y hablar con sus profesionales médicos y de salud del comportamiento. Los miembros de Medicaid no tienen que pagar nada por utilizar el servicio de telesalud y se evitan el estrés de necesitar servicios de transporte.

Los miembros de Medicaid pueden utilizar telesalud para atenderse con profesionales médicos y de salud del comportamiento para muchas enfermedades y lesiones, afecciones comunes, citas de seguimiento, pruebas de detección y recetas médicas.

Consulte a su proveedor de atención médica para averiguar si ofrece telesalud.

### Sus derechos como miembro

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene derecho a:

- Recibir toda la información y servicios que UnitedHealthcare Community Plan debe brindarle
- Recibir un trato respetuoso que tenga en consideración su dignidad y privacidad
- Asegurarse de que la información de su expediente médico se mantendrá privada
- Recibir información sobre su salud. Esta información también puede estar al alcance de una persona a la que usted haya autorizado legalmente a disponer de ella o a la que usted haya indicado que se debe contactar en caso de emergencia, cuando no sea conveniente para su salud comunicársela a usted
- Tomar, junto con sus proveedores, las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud
- Poder participar en las decisiones sobre su atención médica siempre que éstas redunden en su beneficio
- Obtener información sobre los tratamientos médicos de forma que usted pueda entenderla
- Asegurarse de que otras personas no puedan verle ni oírle mientras recibe atención médica
- No sufrir ninguna forma de restricción o aislamiento utilizada como medio de fuerza, disciplina, conveniencia o venganza, tal como se especifica en la normativa federal
- Solicitar y obtener una copia de su expediente médico y poder pedir que se cambie o corrija de ser necesario
- Aceptar o rechazar que se divulgue cualquier información sobre usted, a menos que UnitedHealthcare Community Plan deba hacerlo por ley
- Rechazar un tratamiento o terapia. Si se niega a recibirlo, el proveedor o UnitedHealthcare Community Plan debe hablar con usted sobre lo que podría suceder y debe incluir una nota al respecto en su expediente médico
- Presentar una apelación, una queja formal o solicitar una audiencia estatal. Consulte la página 51 de esta guía para más información
- Recibir de UnitedHealthcare Community Plan toda la información sobre usted por escrito:
  - Sin costo alguno para usted
  - En los idiomas diferentes del inglés predominantes entre los miembros en el área de servicio de UnitedHealthcare Community Plan
  - Servicios de interpretación oral o traducción
  - Información escrita en formatos alternativos
  - Otro tipo de ayuda o servicios auxiliares para personas con discapacidad
  - En otras formas para ayudar a los miembros con necesidades especiales que puedan tener problemas para leer la información por cualquier motivo

## Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

---

- Recibir ayuda gratuita de UnitedHealthcare Community Plan y sus proveedores si usted no habla inglés o necesita ayuda para entender la información
- Recibir ayuda con el lenguaje de señas si usted tiene limitaciones auditivas
- Que se le informe si el proveedor de atención médica es un estudiante y poder negarse a que le atienda
- Que se le informe de cualquier tratamiento experimental y poder negarse a participar en dicho tratamiento
- Hacer una declaración de directiva anticipada (testamento vital) Consulte la página 81 para obtener más información sobre las directivas anticipadas.
- Presentar ante el Departamento de Salud de Ohio cualquier queja por incumplimiento de su directiva anticipada
- Analizar las opciones de tratamiento médicamente necesarias para su enfermedad, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios
- Hacer recomendaciones sobre los derechos y responsabilidades de los miembros de la organización
- Saber que el MCP revisará y resolverá todas las reclamaciones con la rapidez que requiera su estado de salud. La resolución de las quejas formales, incluida la notificación al miembro, se efectuará dentro de los siguientes plazos:
  - (a) En un plazo de dos días hábiles a partir de la recepción, si la queja formal se refiere a la imposibilidad de recibir los servicios.
  - (b) En un plazo de treinta días calendario para todas las demás quejas, excepto las relacionadas con la recepción de una factura por la atención médica recibida.
  - (c) En un plazo de sesenta días calendario para las quejas relacionadas con la recepción de una factura por la atención médica recibida.
- Cambiar su proveedor de atención primaria por otro dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan, al menos una vez al mes; UnitedHealthcare Community Plan debe comunicarle por escrito quién es el nuevo PCP antes de la fecha del cambio
- Ejercer sus derechos libremente y saber que UnitedHealthcare Community Plan, los proveedores de UnitedHealthcare Community Plan o el Departamento de Medicaid de Ohio no usarán esto en su contra
- Saber que UnitedHealthcare Community Plan debe seguir todas las leyes estatales y federales, así como otras leyes pertinentes estipuladas sobre la privacidad
- Elegir el proveedor que le brinda atención médica siempre que sea posible y adecuado
- Si es mujer, poder acudir a un proveedor médico especializado en salud de la mujer de la red de UnitedHealthcare Community Plan para recibir los servicios cubiertos de salud de la mujer
- Recibir servicios de emergencia de un hospital o de otro centro apropiado
- Obtener una segunda opinión por parte de un proveedor cualificado de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Si no es posible que lo atienda un proveedor cualificado, UnitedHealthcare Community Plan debe programar una visita con un proveedor fuera de nuestra red

## Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

---

- Obtener información sobre UnitedHealthcare Community Plan proporcionada por nosotros. Puede solicitar más información sobre nuestro plan, incluida información sobre nuestra estructura y el funcionamiento, así como cualquier plan de incentivos para médicos dirigido por nosotros.
- Comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio y con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en las direcciones que figuran a continuación para presentar cualquier queja por discriminación basada en el origen étnico, la religión, el género, la identidad de género, la orientación sexual, la edad, una discapacidad, el origen nacional, la condición militar, la información genética, la ascendencia, el estado de salud o la necesidad de servicios médicos.

The Ohio Department of Medicaid

Office of Human Resources, Employee Relations

P.O. Box 182709

Columbus, Ohio 43218-2709

Correo electrónico ODM: [EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov](mailto:EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov)

Fax: 614-644-1434

Office for Civil Rights

United States Department of Health and Human Services

233 N. Michigan Ave., Suite 240

Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 312-886-2359, TTY 312-353-5693

## Cómo informarle a UnitedHealthcare Community Plan su descontento o desacuerdo con una decisión que tomamos - Apelaciones y Quejas Formales

Si no está conforme con UnitedHealthcare Community Plan o con nuestros proveedores, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos, comuníquese con nosotros lo antes posible. Usted o alguien que usted quiera que hable en su nombre puede comunicarse con nosotros. Si quiere que alguien hable en su nombre, con su consentimiento, por ejemplo su médico o proveedor, denos su aprobación por escrito. UnitedHealthcare Community Plan está a su disposición para ayudarle. Para comunicarse con nosotros usted puede:

- Llamar a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**,
- Completar el formulario de su Guía para Miembros,
- Llamar al departamento de Servicio al Cliente para solicitar una copia impresa,
- Visitar nuestro sitio web en [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) o
- Redactar una carta describiendo el motivo de su descontento. Asegúrese de escribir en la carta su nombre y apellido, el número que aparece en el frente de su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare Community Plan, así como su dirección y número de teléfono para que podamos comunicarnos con usted, de ser necesario. También debe mandar cualquier información que contribuya a explicar su problema.

## Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

---

Envíe el formulario o su carta a:

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

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una respuesta por escrito si tomamos la decisión de:

- denegarle la solicitud de cobertura de un servicio para usted;
- reducir, suspender o interrumpir servicios antes de que usted reciba todos los servicios que fueron aprobados; o
- denegarle el pago por un servicio que usted recibió que no está cubierto por UnitedHealthcare Community Plan.

También le enviaremos una comunicación por escrito si no hemos:

- decidido si vamos a cubrir un servicio solicitado por usted, o
- no le hemos dado una respuesta a algo que nos había comunicado que no le satisfacía.

### Apelaciones

Si usted no está de acuerdo con la decisión o acción tomada descrita en la carta, y se comunica con nosotros **en un plazo de 60 días calendario** para solicitar que cambiemos nuestra decisión o acción, esto se conoce como **apelación**. El periodo de 60 días calendario empieza el día después de la fecha de envío de la carta. Si hemos decidido reducir, suspender o interrumpir sus servicios antes de que usted reciba todos los servicios aprobados, la carta le explicará cómo puede seguir recibiendo estos servicios si así lo prefiere y cuándo es posible que tenga que pagar por estos servicios.

A menos que le digamos otra fecha distinta, debemos brindarle una respuesta a su apelación por escrito en un plazo de 15 días calendario a partir de la fecha en que usted nos contactó. Si no cambiamos nuestra decisión o acción en respuesta a su apelación, le notificaremos sobre su derecho a solicitar una audiencia estatal. **Puede solicitar una audiencia estatal solo después de haber pasado por el proceso de apelación de UnitedHealthcare Community Plan.**

## Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

---

### Queja formal:

Si se comunica con nosotros porque no está conforme con algo relacionado con UnitedHealthcare Community Plan o con nuestros proveedores, esto se conoce como una **queja formal**. UnitedHealthcare Community Plan le brindará una respuesta a su queja formal por teléfono (o por correo postal si no podemos localizarle por teléfono) dentro de los plazos de tiempo siguientes:

- 2 días hábiles para quejas formales por no poder obtener servicios
- 30 días calendario para todas las demás quejas formales excepto las relacionadas con la recepción de una factura por la atención médica recibida
- 60 días calendario para las quejas formales relacionadas con la recepción de una factura por la atención médica recibida

Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión por una apelación o una queja formal, le enviaremos una carta diciéndole que necesitamos 14 días calendario adicionales. En esta carta también le explicaremos porque necesitamos más tiempo. Si cree que necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre su apelación o queja formal, también puede pedirnos que nos tomemos hasta 14 días calendario.

También tiene derecho a presentar una queja **en cualquier momento** comunicándose con:

Ohio Department of Medicaid  
Bureau of Managed Care Compliance and Oversight  
P.O. Box 182709  
Columbus, Ohio 43218-2709

1-800-605-3040 o 1-800-324-8680  
TTY 1-800-292-3572

Ohio Department of Insurance  
50 W. Town Street  
3rd Floor – Suite 300  
Columbus, Ohio 43215

1-800-686-1526

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

## Formulario de apelación para miembros

Si no está de acuerdo con la decisión tomada por su entidad de atención administrada (MCE), debe comunicarse con la MCE lo antes posible. Usted o alguien que usted quiera que hable en su nombre puede comunicarse con la MCE usando este formulario.

**Instrucciones:** Llene por completo las secciones I y II de este formulario describiendo el problema lo más detalladamente posible; envíe el formulario completado a la MCE correspondiente. A fin de garantizar que la MCE pueda tomar una decisión, deberá presentarse la siguiente documentación junto con el formulario:

- Adjunte copias de los registros que desee presentar (no envíe los originales)
- Si alguien lo presenta en su nombre, usted tiene que dar su consentimiento a continuación

<b>Sección I - Información del miembro</b>		
<b>Nombre del miembro</b>		<b>Fecha de la solicitud</b> (mm/dd/aaaa)
<b>Número de ID de miembro</b>	<b>Número de teléfono del miembro</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> (mm/dd/aaaa)
<b>Dirección del miembro</b>		
<b>Motivo de la solicitud:</b>		
<input type="checkbox"/> Servicio(s) denegado(s), reducido(s) o suspendido(s)		
<input type="checkbox"/> Otro motivo (explicar):		
<input type="checkbox"/> Pago o reclamo denegado		
<input type="checkbox"/> Decisión tardía sobre una solicitud de preautorización		
<input type="checkbox"/> Creo que esperar por esta decisión podría poner en grave peligro mi vida, mi salud física o mental, o mi habilidad de alcanzar, mantener o recuperar la máxima funcionalidad. Al marcar esta casilla, entiendo que podría acortarse el plazo de que disponemos yo y/o el proveedor para enviar información adicional relativa a mi apelación, a menos que se solicite una prórroga. Si no se solicita una prórroga y se cumplen los criterios, recibiré una decisión en un plazo de 72 horas.		
<input type="checkbox"/> Creo que esperar por esta decisión no pondría en peligro mi salud. A menos que se solicite una prórroga, recibiré una decisión sobre mi apelación en un plazo de 15 días calendario.		

## Sección II – Descripción del problema específico

Indique todos los detalles relativos a su solicitud, incluyendo los nombres, fechas, lugares, información del proveedor y el número de solicitud de preautorización si lo sabe. Adjunte otra hoja de papel a este formulario si necesita más espacio.

Al firmar a continuación, usted confirma que la información facilitada es verdadera y correcta.

**Firma del miembro:**

**Fecha** (mm/dd/aaaa)

Si otra persona llena este formulario por usted, usted está dando su consentimiento por escrito para que la persona nombrada a continuación lo presente en nombre de usted. Al firmar a continuación, su representante autorizado confirma que la información facilitada es verdadera y correcta.

**Nombre del representante autorizado por el miembro** (si corresponde)

**Relación con el miembro**

**Firma del representante autorizado** (si corresponde)

- Marque esta casilla si usted es un proveedor que presenta este formulario en nombre de un miembro. De acuerdo con la regla 5160-26-08.4 del Código Administrativo de Ohio, todo proveedor que actúe en nombre de un miembro debe contar con el consentimiento por escrito del miembro para presentar una apelación. La MCE empezará a tramitar la apelación cuando reciba el consentimiento por escrito.



Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

### Audiencias estatales

Una audiencia estatal es una reunión con usted o alguien que usted quiere que hable en nombre de usted, como por ejemplo su médico o proveedor, alguien del Departamento de Empleo y Servicios a la Familia, alguien de UnitedHealthcare Community Plan, y un funcionario de audiencias de la Oficina de Audiencias Estatales del Departamento de Empleo y Servicios a la Familia de Ohio (ODJFS). En esta reunión usted explicará por qué cree que UnitedHealthcare Community Plan no tomó la decisión correcta y UnitedHealthcare Community Plan explicará las razones por las cuales tomamos nuestra decisión. El funcionario de audiencias escuchará y luego decidirá quién tiene la razón basándose en las normas y la información facilitada.

UnitedHealthcare Community Plan le notificará sobre su derecho a solicitar una audiencia estatal si:

- no cambiamos nuestra decisión o acción en respuesta a su apelación
- se toma la decisión de proponer la inscripción o continuar con la inscripción en el programa de servicios coordinados de UnitedHealthcare Community Plan
- se toma la decisión de denegar su solicitud de cambiar de proveedor del programa de servicios coordinados de UnitedHealthcare Community Plan

#### **Puede solicitar una audiencia estatal solo después de haber pasado por el proceso de apelación de UnitedHealthcare Community Plan.**

Si desea una audiencia estatal, usted o alguien que usted quiere que hable en nombre de usted, por ejemplo su médico o proveedor, debe solicitarla **en un plazo de 90 días calendario**. El periodo de 90 días calendario empieza el día después de la fecha de envío del formulario de audiencia. Si su apelación era sobre una decisión de reducir, suspender o interrumpir los servicios antes de recibir todos los servicios aprobados, su carta le indicará cómo puede seguir recibiendo los servicios si así lo desea y cuándo podría tener que pagar por ellos. Si proponemos su inscripción en el Programa de Servicios Coordinados de UnitedHealthcare Community Plan y usted solicita la audiencia dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha de envío del formulario, no le inscribiremos en el programa hasta la decisión de la audiencia.

Para solicitar una audiencia:

- usted puede firmar y devolver el formulario de audiencia estatal a la dirección o al número de fax que figuran en el formulario
- llame a la Oficina de audiencias estatales al 1-866-635-3748
- envíe su solicitud por internet en [https://hearings.jfs.ohio.gov/apps/SHARE/#\\_frmLogin](https://hearings.jfs.ohio.gov/apps/SHARE/#_frmLogin)
- o envíe su solicitud por correo electrónico a [bsh@jfs.ohio.gov](mailto:bsh@jfs.ohio.gov)

Si desea información sobre servicios legales gratuitos, pero no sabe el número de su oficina local de asistencia jurídica, puede llamar a la Asociación de Servicios Jurídicos del Estado de Ohio al 1-800-589-5888, para obtener el número local.

Las decisiones de audiencias estatales suelen emitirse como máximo a los 70 días calendario después de recibida la respuesta. Sin embargo, es posible que la MCO o la Oficina de audiencias estatales decida que el estado de salud cumple los criterios para una decisión acelerada. La decisión acelerada se emitirá tan rápido como sea necesario, pero a más tardar 3 días laborables después de recibirse la solicitud. Las decisiones aceleradas son para situaciones en las que tomar la decisión dentro del plazo estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la funcionalidad máxima.

## Recuperación a partir del patrimonio

Si usted está internado de forma permanente o tiene 55 años o más cuando recibe los beneficios de Medicaid, el Programa de recuperación a partir del patrimonio puede recuperar el costo de su atención pagado por Medicaid con cargo a su patrimonio. El costo de su atención puede incluir el pago de capitación que Medicaid paga a su plan de atención administrada, incluso si el pago de capitación es mayor que el costo de los servicios que ha recibido. **La recuperación a partir del patrimonio solo se produce tras el fallecimiento del beneficiario de Medicaid**

## Servicios de emergencia

Los servicios de emergencia son servicios para un problema médico que debe ser tratado de inmediato por un proveedor. Cubrimos la atención médica para emergencias tanto dentro como fuera del condado en que vive. Vea a continuación algunos ejemplos de cuándo se necesitan servicios de emergencia:

- Aborto espontáneo/embarazo con hemorragia vaginal
- Ataques cardíacos
- Dolor intenso en el pecho
- Hemorragia grave que no cesa
- Dificultades respiratorias graves
- Posible derrame cerebral
- Salud mental: Amenaza de suicidio, homicidio o autolesión, manía o psicosis que requiera atención médica inmediata

### Condición médica de emergencia:

Se refiere a una condición médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) como para que una persona prudente y sin experiencia, que posea un conocimiento promedio de salud y medicina, pueda razonablemente suponer que la ausencia de atención médica inmediata puede dar lugar a cualquiera de las siguientes situaciones: poner en grave peligro la salud de la persona (o, en el caso de una embarazada, la salud de la mujer o de su feto), causar un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

## Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

---

### Servicios posteriores a la estabilización:

Los servicios posteriores a la estabilización son servicios cubiertos asociados a una situación de emergencia médica que el médico a cargo del tratamiento considere médicamente necesarios después de que se haya estabilizado la situación de emergencia médica, con el fin de mantener la situación estabilizada o bajo las circunstancias descritas en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.) 422.113 (1 de octubre de 2019) para mejorar o resolver la condición del miembro.

Usted no tiene que comunicarse con UnitedHealthcare Community Plan a fin de obtener una autorización para recibir servicios de emergencia. No se requiere una preautorización para recibir servicios de emergencia. Si tiene una emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias (ER) o al centro asistencial adecuado MÁS CERCA DE USTED.

Si no sabe con certeza si debe acudir a la sala de emergencias, llame a su proveedor de atención primaria o a los servicios de NurseLine al 1-800-542-8630 (TTY 1-800-855-2880), disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Su PCP o el representante de NurseLine, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, puede analizar con usted su problema médico y aconsejarle lo que debe hacer.

Recuerde, si necesita servicios de emergencia:

- Acuda a la sala de emergencias del hospital o al centro de atención adecuado que le quede más cerca. Asegúrese de decirles que es miembro de UnitedHealthcare Community Plan y muéstreles su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare Community Plan.
- Si el proveedor que atiende su emergencia, piensa que usted necesita otra atención médica para tratar el problema que causó su emergencia, el proveedor debe llamar a UnitedHealthcare Community Plan.
- Necesitará llamar a su proveedor de atención primaria tan pronto como sea posible después de que la emergencia esté bajo control.
- Si tiene que quedarse en el hospital, asegúrese de llamar a UnitedHealthcare Community Plan en un plazo de 24 horas.

## Enfermedades o lesiones accidentales (subrogación)

Si tiene que atenderse con un médico por una enfermedad o lesión que la causó otra persona o negocio, usted tiene que llamar al departamento de Servicio al Cliente para comunicárnoslo. Por ejemplo, si usted resulta herido en un accidente vehicular, por la mordida de un perro, o si se cae y se lesiona en una tienda, entonces es posible que sea otra compañía de seguros la que tenga que pagar por la atención médica o los servicios que reciba. Cuando nos llame denos el nombre de la persona responsable, el nombre de su compañía de seguros y el nombre o nombres de los abogados que hayan intervenido.

### **Otro seguro de salud (Coordinación de los Beneficios – COB)**

Si usted o alguien de su familia tiene un seguro médico con otra compañía de seguros, es muy importante que llame al departamento de Servicio al Cliente y al trabajador social de su condado para informarles sobre el seguro. Por ejemplo, si usted trabaja y tiene seguro médico o si sus hijos tienen seguro médico a través de su otro progenitor, entonces tiene que llamar al departamento de Servicio al Cliente para darnos la información. También es importante que llame a Servicio al Cliente y al trabajador social de su condado si ha perdido la cobertura del seguro médico que había informado anteriormente. No darnos esta información puede causar problemas a la hora de recibir atención y con el pago de las facturas médicas.

### **Aviso de pérdida del seguro (Certificado de Cobertura Acreditable)**

Cada vez que pierde su cobertura de seguro médico, su antigua compañía de seguros debe enviarle una notificación, conocida como certificado de cobertura acreditable. Este aviso dice que usted ya no tiene seguro. Es importante que conserve una copia de este aviso para sus registros, porque es posible que le pidan una copia.

### **Pérdida de elegibilidad para Medicaid**

Es importante que mantenga sus citas con el Departamento de Empleo y Servicios a la Familia del condado. Si no acude a una cita o no les facilita la información que le piden, puede perder su elegibilidad a Medicaid. Si esto llegara a suceder, le comunicarían a UnitedHealthcare Community Plan que suspenda su inscripción como miembro de Medicaid y usted dejaría de estar cubierto por UnitedHealthcare Community Plan.

### **Renovación automática de la membresía del plan de atención administrada (MCP)**

Si usted pierde su elegibilidad para Medicaid pero se reanuda en un plazo de 90 días, volverá a ser miembro automáticamente de UnitedHealthcare Community Plan.

# Cómo finalizar su membresía del plan de atención administrada (MCP)

Como miembro de una organización de atención administrada, usted tiene derecho a finalizar su membresía en determinados momentos del año: Puede decidir cancelar su afiliación durante los tres primeros meses (90 días) o al menos una vez cada 12 meses durante el mes de inscripción abierta anual. El Departamento de Medicaid de Ohio le enviará una notificación por correo para informarle cuándo será el mes de la inscripción abierta anual. Si usted vive en una zona de inscripción obligatoria, tendrá que elegir otra organización de atención administrada para que cubra sus servicios para el cuidado de la salud.

Si desea cancelar su membresía durante los tres primeros meses o durante el mes de inscripción abierta, puede llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680. TTY 711. También puede enviar una solicitud por Internet en el sitio web de la línea directa de Medicaid en [www.ohiomh.com](http://www.ohiomh.com). Si llama antes de los 10 últimos días del mes, su inscripción finalizará el primer día del mes siguiente. Si llama después de este tiempo, su membresía no finalizará hasta el primer día del siguiente mes. Si usted elige otra organización de atención administrada, su organización nueva le enviará información por correo antes de la fecha de inicio de su membresía.

## Cómo elegir un nuevo plan

Si está pensando en cancelar su membresía para cambiarse a otra organización de atención administrada (MCO), debe informarse sobre sus opciones, especialmente si desea conservar sus proveedores actuales. Recuerde que cada organización de atención administrada tiene su propia lista de médicos y hospitales que forman parte de la red. Además, cada organización de atención administrada cuenta con información escrita en la que se explican los beneficios que ofrece y las normas que tiene. Si desea recibir información por escrito sobre una organización de atención administrada a la que está pensando unirse o si simplemente tiene preguntas sobre dicha organización, puede llamar al plan o a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680; TTY 1-800-292-3572. También puede encontrar información sobre las organizaciones de atención administrada en el sitio web de la línea directa de Medicaid en [www.ohiomh.com](http://www.ohiomh.com).

## Cancelación de la membresía por causa justificada

A veces puede haber una razón especial por la que necesite cancelar su membresía con un plan. A esto se le llama una cancelación de la membresía por "causa justificada". Las solicitudes por causa justificada se aplican a los periodos fuera de la inscripción abierta y los tres primeros meses de inscripción. Para solicitar una cancelación de membresía por causa justificada, primero puede comunicarse con UnitedHealthcare Community Plan y darnos la oportunidad de resolver el problema. En el caso de que no podamos resolver el problema, puede solicitar una resolución por causa justificada en cualquier momento si tiene uno de los siguientes motivos:

1. Usted se mudó y su organización de atención administrada actual no está disponible donde vive ahora y necesita atención médica, que no es de emergencia, en su área antes de la finalización de su membresía con la organización de atención administrada.
2. Su organización de atención administrada actual no cubre, por objeciones morales o religiosas, un servicio médico que usted necesita.

## Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

---

3. Su médico ha dicho que algunos de los servicios médicos que usted necesita deben recibirse al mismo tiempo y los servicios no están todos en la red de la organización de atención administrada.
4. Le preocupa no estar recibiendo atención de calidad y los servicios que necesita no están disponibles con otro proveedor de la red de UnitedHealthcare Community Plan.
5. Usted no tiene acceso a los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid o no tiene acceso a proveedores con experiencia en tratar sus necesidades médicas especiales.
6. El proveedor de atención primaria que usted eligió ya no está en la red de UnitedHealthcare Community Plan y era el único proveedor de atención primaria de la red que hablaba su idioma y estaba ubicado a una distancia razonable de usted; o hay otro plan que tiene un proveedor de atención primaria en su red que habla su idioma, está ubicado a una distancia razonable de usted y lo aceptará como paciente.
7. Si cree que seguir siendo miembro de su actual plan de atención administrada le perjudica y no le conviene.

Puede solicitar la cancelación de su membresía por causa justificada llamando a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680; TTY 1-800-292-3572. El Departamento de Medicaid de Ohio revisará su solicitud y decidirá si cumple con los criterios de causa justificada. Recibirá una carta por correo en la que se le comunicará si el Departamento de Medicaid de Ohio va a cancelar su membresía y la fecha de finalización. Si vive en una zona de inscripción obligatoria, tendrá que elegir otro plan para recibir atención médica, a menos que el Departamento de Medicaid de Ohio le indique lo contrario. Si se deniega su solicitud de causa justificada, el Departamento de Medicaid de Ohio le enviará información explicándole su derecho a una audiencia estatal para apelar la decisión.

### Cosas que debe tener en cuenta si cancela su membresía

Si ha seguido alguno de los pasos anteriores para cancelar la membresía, recuerde:

- Seguir utilizando los médicos y otros proveedores de UnitedHealthcare Community Plan hasta el día en que comience la membresía de su nuevo plan de salud o vuelva a tener Medicaid regular.
- Si eligió una nueva organización de atención administrada y no ha recibido una tarjeta de ID de miembro antes del primer día del mes en que comienza la membresía del nuevo plan, llame al departamento de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan. Si no pueden ayudarle, llame a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680; TTY 1-800 292-3572.
- Si se le permitió volver a usar la tarjeta regular del programa Medicaid y no ha recibido una nueva tarjeta de Medicaid, llame al trabajador social de su condado
- Si ha elegido una nueva organización de atención administrada y tiene alguna consulta médica programada, llame a su nuevo plan para asegurarse de que estos proveedores estén en la red de proveedores del nuevo plan y se realice cualquier trámite necesario. Vea a continuación algunos ejemplos de cuándo debería llamar a su nuevo plan: **cuando tenga una cita para ver a un nuevo médico, una cirugía, análisis de sangre o radiografía programada y especialmente si está embarazada.**
- Si se le permitió volver a Medicaid regular y tiene alguna visita médica programada, llame a los proveedores para asegurarse de que aceptarán la tarjeta regular del programa Medicaid.

## Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

---

### Cancelación opcional de la membresía

Usted tiene la opción de no ser miembro de una organización de atención administrada (MCO) si:

- Es miembro de una tribu india reconocida a nivel federal, independientemente de su edad
- Usted recibe servicios de exención domiciliaria y comunitaria a través del Departamento de Discapacidades del Desarrollo de Ohio

Si cree que usted o su hijo/a cumplen alguno de los criterios anteriores y no desea ser miembro de una organización de atención administrada, puede llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572). Si usted cumple los criterios indicados anteriormente y no desea ser miembro de una organización de atención administrada, se cancelará su membresía.

### **Exclusiones: personas a las que no se les permite inscribirse en una organización de atención administrada de Medicaid (MCO). Es posible que no se le permita inscribirse en una organización de atención administrada de Medicaid si usted:**

- Tiene doble elegibilidad bajo los programas de Medicaid y Medicare,
- Es una persona internada permanentemente (en una residencia de cuidados médicos y no cumple con los requisitos para la categoría de Extensión para adultos, en un centro de cuidados a largo plazo, ICF-IID, o en algún otro tipo de institución), o
- Recibe servicios del programa de exención de Medicaid y no cumple con los requisitos dentro de la categoría de Extensión para adultos.
  - \* Si usted cumple con los requisitos para Medicaid bajo la categoría de Extensión para adultos, recibirá los servicios de residencia de cuidados médicos a través de la organización de atención administrada. Además, los miembros del Programa de Extensión para adultos autorizados para recibir los servicios de exención, permanecerán en la organización de atención administrada.

Si cree que usted cumple alguno de los criterios indicados anteriormente y no debería ser miembro de una organización de atención administrada, debe llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572). Si usted cumple los criterios indicados anteriormente, se cancelará su membresía de la MCO.

### **¿UnitedHealthcare Community Plan puede cancelar mi membresía?**

UnitedHealthcare Community Plan puede solicitar al Departamento de Medicaid de Ohio que cancele su membresía por determinados motivos. El Departamento de Medicaid de Ohio debe dar el visto bueno a la solicitud antes de que pueda cancelarse su membresía.

Las razones por las que UnitedHealthcare Community Plan puede solicitar la cancelación de su membresía son:

- Fraude o uso indebido de su tarjeta de ID de UnitedHealthcare Community Plan
- Comportamiento conflictivo o poco colaborador hasta tal punto que afecte la capacidad de la MCO para prestarle servicios a usted o a otros miembros.

## Guía para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

---

UnitedHealthcare Community Plan presta servicios a nuestros miembros en virtud de un contrato que UnitedHealthcare Community Plan tiene con el Departamento de Medicaid de Ohio. Si desea comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio, puede llamar o escribir a:

Ohio Department of Medicaid  
Office of Managed Care  
Bureau of Managed Care Compliance and Oversight  
P.O. Box 182709  
Columbus, Ohio 43218-2709

Teléfono: 1-800-324-8680

TTY: 1-800-292-3572

También puede visitar el sitio web del Departamento de Medicaid de Ohio en [www.medicaid.ohio.gov](http://www.medicaid.ohio.gov).

Puede comunicarse con UnitedHealthcare Community Plan para obtener cualquier otra información que desee, incluida la estructura y el funcionamiento de UnitedHealthcare Community Plan y la forma en que pagamos a nuestros proveedores. Si desea informarnos algo que cree que deberíamos cambiar, llame al Departamento de Servicio al Cliente **1-800-895-2017**, TTY **711**.

# Tabla de servicios de Medicaid

---

## Servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted recibirá todos los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid sin costo para usted. Los servicios médicamente necesarios son aquellos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, hable con su proveedor de atención primaria o llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**. También puede iniciar sesión en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) y buscar en la sección "Benefits" (beneficios) o usar la aplicación UnitedHealthcare si desea más información sobre sus beneficios.

Servicio	Cobertura
<b>Acupuntura para tratar determinadas condiciones</b>	Con cobertura para el tratamiento del dolor de cabeza y el dolor lumbar. Hay un límite de 30 visitas a menos que sea médicamente necesario.
<b>Servicios para alergias</b>	Con cobertura
<b>Ambulancia y transporte en camioneta para silla de ruedas</b>	Con cobertura para situaciones de emergencia tanto dentro como fuera de la red.

Servicio	Cobertura
<p><b>Servicios de salud del comportamiento, salud mental y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias</b></p>	<p>Con cobertura. Llame al Departamento de Servicio al Cliente para buscar un centro o proveedor cualificado o póngase en contacto directamente con un centro de salud mental comunitario certificado o un centro de tratamiento certificado del Departamento de Salud Mental y Servicios contra las Adicciones de Ohio (OhioMHAS).</p> <p><b>Cómo comunicarse con la línea de crisis de salud del comportamiento disponible las 24 horas</b></p> <p>También puede llamarnos si está en crisis. Podrá hablar con alguien de inmediato y le ayudaremos a obtener la atención que necesita. Solo tiene que llamar a nuestra línea de crisis de salud del comportamiento disponible las 24 horas, al 877-542-9236. Esta llamada es gratuita. La línea de crisis de salud del comportamiento está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días al año.</p> <p>Programas de tratamiento relacionado con opiáceos: Incluido el tratamiento médicamente asistido (MAT) que incluye Suboxone, Buprenorphine y Methadone.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento asertivo comunitario (ACT) para miembros de 18 años o más</li> <li>• Tratamiento intensivo domiciliario (IHBT). Este servicio es para personas de 18 años o menos. Sin embargo, en algunas circunstancias puede estar disponible para miembros de 18 a 21 años.</li> <li>• Tratamiento integral de la adicción, incluidos servicios residenciales y de hospitalización parcial</li> </ul>
<p><b>Servicios de una enfermera partera certificada</b></p>	<p>Con cobertura</p>
<p><b>Servicios de una enfermera especialista</b></p>	<p>Con cobertura</p>
<p><b>Servicios de quimioterapia</b></p>	<p>Con cobertura</p>
<p><b>Servicios quiroprácticos (espalda)</b></p>	<p>Con cobertura. 30 visitas por cada año calendario para miembros menores de 21 años, a menos que sea médicamente necesario. 15 visitas por cada año calendario para miembros de 21 años o más.</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p>	<p>Con cobertura. Dos exámenes y dos limpiezas por cada año calendario, radiografías, empastes dentales, extracciones simples, prótesis totales y parciales, anestesia general y conducto radicular en dientes frontales. Algunos procedimientos requieren una preautorización.</p>

## Tabla de servicios de Medicaid

Servicio	Cobertura
<b>Servicios de terapia del desarrollo para niños desde el nacimiento hasta 6 años</b>	Con cobertura. Es posible que se requiera una preautorización.
<b>Servicios de diagnóstico (radiografías, análisis de laboratorio)</b>	Con cobertura. Pruebas diagnósticas y análisis de laboratorio cubiertos con un proveedor participante. Es posible que algunas pruebas requieran una preautorización.
<b>Servicios de doula</b>	Con cobertura
<b>Equipo médico duradero (por eje., extractor de leche, bolsas para guardar leche materna, apoyo para caminar, presión arterial)</b>	<p>La mayoría de los artículos de equipo médico duradero (DME) de menos de \$500 estarán cubiertos con una receta para un proveedor participante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aplican exclusiones. Consulte la tabla de autorización de equipos médicos duraderos. Las pelucas no son un servicio cubierto. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dentro de la red: Los extractores de leche están cubiertos como equipo médico duradero. No se requiere autorización para los proveedores de equipos médicos duraderos dentro de la red.</li> <li>– Fuera de la red: Se requiere autorización.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Servicios de emergencia</b>	Con cobertura. Servicios para un problema médico que usted considere tan grave que deba ser tratado de inmediato por un médico.
<b>Servicios y suministros para la planificación familiar</b>	Con cobertura
<b>Servicios en Centro de salud aprobado a nivel federal (FQHC) y Clínica de salud rural (RHC)</b>	Con cobertura
<b>Servicios en un centro de maternidad independiente</b>	Llame a Servicio al Cliente para encontrar una clínica calificada en Ohio.
<b>Servicios ginecológicos (OBGYN)</b>	Con cobertura
<b>Servicios de asistencia médica a domicilio</b>	Con cobertura. Es posible que requiera una preautorización.

## Tabla de servicios de Medicaid

Servicio	Cobertura
<b>Cuidados para enfermos terminales</b>	Se requiere preautorización para habitación y comida.
<b>Servicios para pacientes hospitalizados</b>	Se requiere preautorización para ingresos planificados.
<b>Cuidado de maternidad: prenatal y posparto, incluidos los servicios para embarazos de riesgo</b>	Con cobertura
<b>Servicios de terapia de nutrición clínica (MNT)</b>	Con cobertura
<b>Suministros médicos</b>	Con cobertura. Es posible que requiera una preautorización.
<b>Servicios en centros de enfermería</b>	El plan cubrirá la estadía de los miembros a menos que el Departamento de Medicaid de Ohio determine que este volverá al programa de Medicaid de pago por servicio y si el miembro necesita servicios de enfermería, debe llamar al plan para obtener información sobre los proveedores disponibles.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>	Con cobertura
<b>Servicios de farmacia: Medicamentos administrados por el proveedor (todos los demás servicios de farmacia están cubiertos por el Administrador único de beneficios de farmacia (SPBM) contratado por el Departamento de Medicaid de Ohio).</b>	Con cobertura
<b>Fisioterapia y terapia ocupacional</b>	Con cobertura

## Tabla de servicios de Medicaid

Servicio	Cobertura
<b>Examen físico requerido para el empleo o para la participación en programas de formación laboral</b>	Tiene cobertura si el examen no es proporcionado gratuitamente por otra fuente.
<b>Servicios de un médico</b>	Con cobertura
<b>Servicios de podología (pies)</b>	Tiene cobertura dentro de la red: no necesita preautorización para las visitas; es posible que determinados procedimientos sí la requieran. Proveedores de atención primaria de Gold Star: no necesita preautorización.
<b>Mamografía preventiva, pruebas de detección de cáncer de seno y cáncer de cuello uterino</b>	Con cobertura
<b>Servicios de un proveedor de atención primaria</b>	Con cobertura
<b>Servicios de enfermería privada</b>	Con cobertura
<b>Radiología (imágenes por resonancia magnética, tomografía computarizada y estudios nucleares)</b>	Con cobertura. Es posible que requiera una preautorización.
<b>Diálisis renal (servicios para tratar la enfermedad renal)</b>	Con cobertura

<b>Servicio</b>	<b>Cobertura</b>
<p><b>Servicios de relevo del cuidador</b></p>	<p>Con cobertura:</p> <p>Criterios de elegibilidad para el beneficio de relevo.</p> <p>El Departamento de Medicaid de Ohio ha establecido normas para este beneficio, incluidas las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe vivir con su cuidador principal no remunerado en una casa o un apartamento. No estar bajo cuidado tutelar.</li> <li>• Debe estar trabajando con un administrador de atención médica del plan.</li> <li>• Debe necesitar servicios especializados al menos una vez por semana.</li> <li>• Haber recibido al menos 14 horas semanales de servicios de asistencia médica a domicilio durante al menos seis meses antes de solicitar los servicios de relevo del cuidador.</li> <li>• El servicio es para menores de 21 años que necesiten cuidado a largo plazo o de salud del comportamiento.</li> <li>• Miembros de 21 años o más: Sin cobertura</li> </ul>
<p><b>Servicios de relevo del cuidador (continuación)</b></p>	<p>Criterios de elegibilidad para el beneficio de relevo del cuidador en casos de salud del comportamiento:</p> <p>El Departamento de Medicaid de Ohio ha establecido normas para este beneficio, incluidas las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haber necesitado al menos 14 horas de servicios de asistencia médica a domicilio durante al menos DOS meses consecutivos justo antes de la fecha en que se solicitan los servicios de relevo del cuidador.</li> <li>• El cuidador necesita un relevo temporal en el cuidado del miembro como consecuencia de las necesidades de servicios y apoyo a largo plazo o de salud del comportamiento del miembro, o para evitar una hospitalización, colocación institucional o fuera del hogar.</li> <li>• Tener diagnóstico de un trastorno emocional grave que provoque una discapacidad funcional</li> <li>• No debe presentar síntomas o comportamientos que indiquen un riesgo inminente de daño para sí mismo o para los demás.</li> </ul>

## Tabla de servicios de Medicaid

Servicio	Cobertura
<b>Evaluación y asesoramiento sobre obesidad</b>	Con cobertura
<b>Servicios para niños con discapacidades médicas (título V)</b>	Con cobertura
<b>Vacunas</b>	Con cobertura
<b>Servicios de especialistas</b>	Con cobertura dentro de la red en la mayoría de los casos.
<b>Servicios para el habla y la audición, incluidos aparatos auditivos</b>	Con cobertura
<b>Servicios de telesalud:</b>	Con cobertura. Profesionales médicos y de la salud del comportamiento mediante telesalud para muchas enfermedades, lesiones, afecciones comunes, citas de seguimiento, pruebas de detección y prescripción de medicamentos.
<b>Servicios para dejar de fumar</b>	Incluidos el asesoramiento para dejar de fumar y los medicamentos aprobados por la FDA para dejar de fumar.  <b>Línea para dejar de fumar de Ohio</b>  Llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669) y hable con un especialista para que le ayude a dejar de fumar.
<b>Servicios para la vista (ópticos), incluidos los anteojos</b>	Con cobertura. Todos los miembros pueden hacerse un examen oftalmológico cada 12 meses. También pueden elegir entre anteojos con una asignación para monturas, precio minorista, de hasta \$25, o de \$150 para cualquier tipo de lentes de contacto, precio minorista, (deben utilizarse una sola vez) cada 12 meses.
<b>Exámenes de niño sano (Healthchek) para menores de 21 años</b>	Con cobertura. Exámenes médicos, de la vista, dentales, auditivos, de nutrición, del desarrollo y de salud del comportamiento, vacunas, información de salud y análisis de laboratorio, además de tratamiento de afecciones físicas, del comportamiento y otros trastornos y problemas que se detecten en un examen.
<b>Exámenes anuales para el adulto sano</b>	Con cobertura

**Su médico debe llamar al Departamento de Administración de la Utilización de UnitedHealthcare Community Plan al 1-800-366-7304 para obtener la aprobación de algunos servicios.**

### **Transporte**

Si debe viajar a una distancia de 30 millas o más desde su domicilio para recibir servicios cubiertos para el cuidado de la salud, UnitedHealthcare Community Plan le proporcionará transporte de ida y vuelta al consultorio del proveedor. UnitedHealthcare Community Plan también cubre todo el transporte necesario en ambulancia o camioneta para sillas de ruedas, independientemente de la distancia. Llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare al **1-800-895-2017, TTY 711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., con 48 horas de anticipación (a menos que el transporte sea para un alta hospitalaria) para programar su transporte o para recibir asistencia. Por otra parte, UnitedHealthcare Community Plan ofrece transporte para citas urgentes en el mismo día o al día siguiente.

Además de la asistencia de transporte que le proporciona UnitedHealthcare Community Plan, usted puede obtener transporte para determinados servicios a través del programa de Transporte que no es de emergencia (NET) del Departamento local de empleo y servicios a la familia del condado. Llame al Departamento de empleo y servicios a la familia de su condado si tiene preguntas o necesita ayuda con los servicios de NET.

# Beneficios adicionales de UnitedHealthcare

---

## Beneficios adicionales

UnitedHealthcare Community Plan también ofrece los siguientes servicios o beneficios adicionales a sus miembros.

### Programas de bienestar

UnitedHealthcare Community Plan cuenta con muchos programas y herramientas para ayudarle a usted y a su familia a mantenerse saludables, entre ellos:

- Clases para ayudarle a dejar de fumar
- Cuidado durante el embarazo y clases sobre la crianza de los hijos
- Clases de nutrición
- Recordatorios de visitas de bienestar

Su proveedor puede sugerirle uno de estos programas. Si desea más información o buscar un programa cerca de usted, hable con su proveedor de atención primaria o llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017, TTY 711**.

### Herramientas inteligentes para la salud

- Los miembros pueden visitar [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) para buscar recursos de apoyo para gestionar su salud. Este sitio le ayuda a mantener un historial médico. Le orienta sobre cómo trabajar con su médico. También puede llevar un registro de sus próximas consultas.
- **Findhelp.org**: un programa en Internet. El programa ayuda a los miembros a encontrar servicios cerca de donde viven. Busque asistencia alimentaria, ayuda para pagar facturas y otros programas gratuitos o de costo reducido en su código postal.
- Como miembro, o como tutor de un miembro de UnitedHealthcare, es posible que cumpla con los criterios para el **servicio inalámbrico Lifeline de Pulsewrx**. Los miembros que cumplen con los criterios recibirán un teléfono móvil y un plan de servicios de Internet, sin costo alguno. Visite <https://www.mybenefitphone.com> para solicitar el programa o para más información. Prepárese para disfrutar apoyo móvil para el cuidado de la salud sin costo para usted.

### **Viva y trabaje bien (Live and Work Well) ¡Nuestros miembros están cubiertos!**

Es importante que sepa a dónde acudir en busca de ayuda cuando lo necesite. Estamos a la orden para nuestros miembros. Visite [Liveandworkwell.com](https://liveandworkwell.com) para hablar de forma directa sobre temas de salud mental.

### **Healthy First Steps™**

Nuestro programa Healthy First Steps se asegura de que tanto la madre como el bebé reciban una buena atención médica. Gane excelentes recompensas (8 recompensas en total), incluida una tarjeta regalo de \$20.00 sólo por registrarse. Inscribábase en nuestro programa de recompensas de maternidad. Atención prenatal, durante el parto y posparto, junto con consejos saludables para usted y su bebé.

Le ayudaremos a:

- Obtener buenos consejos sobre nutrición, acondicionamiento físico y seguridad
- Obtener suministros, incluidos extractores de leche para madres lactantes
- Elegir un médico o enfermera partera
- Programar consultas y exámenes
- Programar el transporte para las consultas médicas
- Conectar con recursos comunitarios como los servicios del Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños (WIC)
- Recibir atención después de que nazca su bebé
- Elegir un pediatra (médico para su hijo)
- Obtener información sobre planificación familiar

Llámenos al número gratuito **1-800-599-5985**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Este.

Es importante empezar pronto con los cuidados del embarazo. Asegúrese de acudir a todas las visitas al médico, aunque no sea su primer bebé.

### **Wellhop**

<https://momandbaby.wellhop.com>

Para que la mamá y el bebé se conecten con una comunidad de madres.

### **Servicios dentales**

- No hay copagos para los servicios dentales
- Para personas de 21 años o más, un examen adicional al año

Si desea más información, llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

## Beneficios adicionales de UnitedHealthcare

---

### Servicios para la vista

- Un examen de la vista cada año
- Descuento de \$150.00 para la compra y ajuste de lentes de contacto por cada año calendario

Si desea más información, llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017, TTY 711**.

### Transporte

Además del transporte requerido, UnitedHealthcare Community Plan ofrece estos servicios de transporte adicionales:

- Viajes ilimitados a visitas de embarazo, prenatales, de posparto, al Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños (WIC), a la unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU) y consultas de niño sano para menores de un año.
- El reembolso de millas está disponible para el transporte a las visitas al proveedor.
- Transporte para los recursos alimentarios (banco de alimentos, despensa de alimentos, tienda de comestibles para recoger en la acera). (Esto cuenta para el máximo de 15 viajes de ida y vuelta o 30 viajes de ida).
- Viajes ilimitados adicionales permitidos para los tipos de viaje de cuidados críticos, como diálisis, quimioterapia/radiación, cuidados intensivos, embarazo, abuso de sustancias. (Esto no cuenta para el máximo de 15 viajes de ida y vuelta o 30 viajes de ida).

Si desea más información, llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017, TTY 711**.

### Búsqueda de vivienda

Proporciona apoyo evaluando las necesidades y preferencias de vivienda de los miembros con una situación de inestabilidad habitacional, identificando opciones de vivienda que cumplan con los requisitos y ayudando en el proceso de solicitud de vivienda.

Si desea más información, llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017, TTY 711**.

### Entrega de comida

- Comidas entregadas después del alta del hospital por hasta 14 días para madres embarazadas.

Si desea más información, llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017, TTY 711**.

### On My Way (Camino a casa)

<http://www.uhcOMW.com>

Recurso para ayudar a los miembros a transitar hacia una vida independiente

## Beneficios adicionales de UnitedHealthcare

---

### Telesalud

La telesalud es la prestación directa de asistencia médica mediante audio o vídeo. En lugar de acudir al consultorio para su cita, usted se queda en su casa y utiliza su teléfono inteligente, tablet u ordenador para ver y hablar con sus profesionales médicos y de salud del comportamiento. No tiene que pagar por utilizar el servicio de telesalud y se evita el estrés de necesitar servicios de transporte.

Puede utilizar telesalud para atenderse con profesionales médicos y de salud del comportamiento para muchas enfermedades y lesiones, afecciones comunes, citas de seguimiento, pruebas de detección y recetas médicas.

Consulte con sus proveedores si ofrecen telesalud.

Si desea más información, llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

### Aplicación UnitedHealthcare®

UnitedHealthcare Community Plan tiene una nueva aplicación para miembros. La aplicación se llama UnitedHealthcare®. Esta aplicación está disponible para tablets y teléfonos inteligentes Apple® o Android®. La aplicación UnitedHealthcare le facilita:

- Buscar un médico, sala de emergencia o centro de cuidado de urgencia cerca de usted
- Leer su Guía
- Ver su tarjeta de ID
- Conocer sus beneficios
- Comunicarse con Servicio al Cliente

Descargue la aplicación gratuita UnitedHealthcare hoy. Utilícela para comunicarse con su plan de salud donde quiera que esté, siempre que lo desee.

### Programa Healthy Rewards (Recompensas saludables)

Más vale prevenir que curar. Y prevenir también le puede reportar grandes recompensas. Para obtener información sobre programas que le recompensan por alcanzar determinados objetivos de salud, visite:

[www.uhccommunityplan.com/oh](http://www.uhccommunityplan.com/oh) en la sección Healthy Rewards (Recompensas saludables).

Gane excelentes regalos para usted o para su hijo/a por cosas como:

- Completar los exámenes del niño sano
- Atención preventiva y pruebas de detección
- Hacer los análisis de laboratorio
- Vacunas

## **Beneficios adicionales de UnitedHealthcare**

---

### **Programa del Dr. Health E. Hound®**

Estamos orgullosos de nuestra mascota, el Dr. Health E. Hound. El objetivo del Dr. Health E. Hound es ayudarle para que pueda enseñar a sus hijos formas divertidas de mantenerse en forma y saludables. Al Dr. Health E. Hound le encanta viajar por todo el estado y conocer a niños de todas las edades. Le gusta repartir folletos, carteles, pegatinas y libros para colorear para recordarles a los niños que coman alimentos saludables y hagan ejercicio. También ayuda a los niños a entender que ir al médico para hacerse los exámenes y vacunarse es una forma importante de mantenerse saludables.

Usted y su familia pueden conocer en persona al Dr. Health E. Hound en algunos de los eventos de nuestro plan de salud. Le animamos a que acuda a un evento y se informe sobre la importancia de comer saludable y hacer ejercicios. Traiga la cámara a estos eventos y tómese una foto con el Dr. Health E. Hound.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

# Otros detalles del plan

# Otros detalles del plan

---

## Cómo buscar un proveedor de la red

Con nosotros, es fácil conseguir un proveedor de la red. Para buscar un proveedor de la red cerca de usted:

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

Llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**. Podemos ayudarle a buscar proveedores de la red. O, si lo desea, podemos enviarle un Directorio de proveedores por correo postal.

## Directorio de proveedores

Dispone de un Directorio de proveedores para su zona. En el Directorio figuran las direcciones y los números de teléfono de nuestros proveedores dentro de la red.

La información de los proveedores cambia a menudo. Visite nuestro sitio web para consultar la lista más actualizada en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). Puede consultar o imprimir el Directorio de proveedores en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o hacer clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor) para utilizar nuestro Directorio de búsqueda en línea.

Usted puede consultar el Directorio de proveedores más actualizado en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o en la aplicación UnitedHealthcare. Si desea una copia impresa de nuestro Directorio, llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**, y le enviaremos una por correo.

Gracias por ser un miembro valioso de United Healthcare Community Plan. Si está buscando algún servicio de la vista o dental, puede encontrar las listas de proveedores en:

Proveedores de servicios para la vista: <https://www.marchvisioncare.com/>

Proveedores de servicios dentales: [myuhc.com](https://myuhc.com)

O para localizar un proveedor de servicios de la vista o dentales, llame al **1-800-895-2017**, TTY **711**, o visite [myuhc.com](https://myuhc.com).

## Otros detalles del plan

---

# Qué hacer si recibe una factura por servicios

Los hospitales y médicos no pueden facturar a los miembros por los servicios cubiertos. Si recibe una factura, llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**. Un representante trabajará con usted para averiguar si tiene que pagar la factura o si debe enviárnosla a:

Medicaid Program  
UnitedHealthcare Community Plan  
5600 Parkwood Place  
Dublin, OH 43016

Guarde una copia de la factura para sus registros. Revisaremos estas facturas para asegurarnos de que los servicios son beneficios cubiertos. Si están cubiertos, pagaremos inmediatamente al proveedor de la atención médica. Llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**, si tiene preguntas.

Los proveedores facturarán primero a su seguro primario. Después de que su seguro primario pague el monto permitido, el proveedor facturará a UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan pagará al proveedor la cantidad acordada en nuestro contrato con el proveedor.

## Directivas anticipadas

Las Directivas anticipadas son un conjunto de pasos escritos que usted desea que se sigan cuando ya no pueda tomar decisiones por sí mismo con respecto al cuidado de su salud. Indican qué desea y qué no desea en cuanto a su atención médica. Debe hablar de sus deseos con su médico, su familia y sus amigos. Estos pasos no modificarán sus beneficios médicos. Los siguientes son algunos ejemplos de directivas anticipadas:

### Testamento vital

Un testamento vital indica a su médico el tipo de soporte vital que desea o no desea.

### Poder legal para el cuidado de la salud

En este formulario, usted nombra a otra persona que puede tomar decisiones médicas por usted. Solo se utilizaría si usted no está en condiciones de tomar decisiones.

### **Declaración para tratamiento de la salud mental**

Una Declaración para el tratamiento de la salud mental presta una atención más específica al cuidado de la salud mental. Permite a una persona, mientras sea capaz, nombrar a un apoderado para que tome decisiones en su nombre cuando carezca de capacidad para hacerlo. Además, esta declaración puede establecer determinados deseos en relación con el tratamiento. La persona puede indicar sus preferencias en cuanto a medicamentos, tratamiento, ingreso y retención en un centro.

La declaración para el tratamiento de la salud mental sustituye a un poder legal duradero para la atención de la salud mental, pero no sustituye a un testamento vital.

Puede pedir a su médico más información sobre las Directivas anticipadas. También puede encontrar algunos modelos de formularios en [Familydoctor.org](http://Familydoctor.org).

### **¿Qué tipos de formularios existen?**

Según la ley de Ohio, existen cuatro formularios diferentes o directivas anticipadas que puede utilizar. Puede utilizar un testamento vital, una declaración de tratamiento de salud mental o un poder legal duradero para la atención médica, o una Indicación de no reanimar (DNR). Debe llenar el formulario de Directivas anticipadas mientras esté en condiciones de tomar decisiones. Las directivas anticipadas les permiten a su médico y a otras personas conocer sus deseos con respecto a la atención médica.

### **Indicación de no reanimar**

La normativa estatal ofrece un protocolo de cuidados paliativos sin reanimación (DNR) y de cuidados paliativos en caso de paro cardíaco o respiratorio sin reanimación desarrollado por el Departamento de Salud de Ohio. La indicación de no reanimar es una instrucción emitida por un médico o, en determinadas circunstancias, por un profesional de enfermería certificado o un especialista en enfermería clínica, en la que se identifica a una persona y se especifica que no se le debe administrar reanimación cardiopulmonar (CPR). CPR significa reanimación cardiopulmonar o un componente de la reanimación cardiopulmonar, pero no incluye despejar las vías respiratorias de una persona con un fin que no sea como componente de la CPR.

El protocolo de cuidados paliativos sin reanimación y de cuidados paliativos en caso de paro cardíaco o respiratorio sin reanimación indica las acciones específicas que los paramédicos, técnicos de emergencias médicas, médicos o enfermeros llevarán a cabo cuando atiendan una indicación de cuidados paliativos sin reanimación o cuidados paliativos en caso de paro cardíaco o respiratorio sin reanimación. El protocolo también indica las acciones específicas que no se llevarán a cabo.

Debe hablar con su médico acerca de las opciones del protocolo de cuidados paliativos sin reanimación y de cuidados paliativos en caso de paro cardíaco o respiratorio sin reanimación.

# Fraude y abuso

Cualquiera puede denunciar posibles fraudes y abusos. Si tiene conocimiento de fraude o abuso, llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711** para reportarlo. Vea a continuación algunos ejemplos de fraude y abuso:

- Recibir beneficios en Ohio y en otro estado al mismo tiempo
- Alteración o falsificación de recetas médicas
- Una persona que recibe beneficios de asistencia médica y no cumple los requisitos para recibirlos
- Dar una tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan a otra persona para que la use
- Uso excesivo de los beneficios de Medicaid
- Médicos u hospitales que le facturen a usted o a UnitedHealthcare por servicios que no le fueron prestados.
- Médicos u hospitales que facturen a UnitedHealthcare más de una vez por servicios que usted solo recibió una vez
- Médicos que presenten documentación falsa a UnitedHealthcare para que usted pueda recibir servicios que solo se prestan cuando son médicamente necesarios.

También puede escribir al Departamento de Seguros de Ohio, a:

Ohio Department of Insurance: Fraud Unit  
2100 Stella Court  
Columbus, OH 43215

### Línea directa para casos de fraude y abuso

También puede denunciar sospechas de fraude y abuso a UnitedHealthcare Community Plan llamando al número gratuito, 1-877-766-3844, y dejando un mensaje detallado. Se ha configurado de modo que usted no tenga que dar su nombre.

Recuerde: Nunca le dé su tarjeta de ID de miembro a otra persona para que la utilice.

## Notificación de incidentes

### Investigación y notificación de incidentes

UnitedHealthcare y el Estado de Ohio están obligados a realizar actividades de investigación de incidentes para garantizar su seguridad y protección. Estas actividades incluyen:

- Tomar medidas inmediatas para garantizar su salud y bienestar y, si corresponde, asegurarse de que se solicite atención médica.
- Investigar los incidentes para garantizar su salud y seguridad y evitar que se repitan.
- Buscar patrones para ver si sería conveniente para usted o sus proveedores recibir orientación sobre un área en particular.
- Garantizar que los proveedores sepan cómo mantener su seguridad sin causarles ningún daño.
- Informarle de los resultados de la investigación de un incidente crítico y, si procede, elaborar un plan de prevención para reducir el riesgo de que el incidente se repita.

### ¿Qué son los incidentes?

Un «incidente» es un suceso presunto, sospechado o real que no se ajusta a su rutina de atención o de prestación de servicios. Los incidentes críticos incluyen cualquiera de los siguientes:

- Maltrato: lesión, confinamiento, control, intimidación o castigo a una persona, que le haya causado daño físico, dolor, miedo o angustia mental. El maltrato incluye el abuso físico, emocional, verbal o sexual, el uso de restricciones, aislamiento o intervención restrictiva sin autorización.
- Negligencia: no proporcionarle el tratamiento, la atención, los recursos o los servicios necesarios para mantener su salud y bienestar, incluida la autonegligencia, cuando sea un deber hacerlo.
- Explotación: el acto ilegal o impropio de utilizar a un miembro o sus recursos mediante manipulación, intimidación, amenazas, engaño o coacción para obtener un beneficio monetario o personal, lucro o ganancia.
- Malversación: privar, estafar u obtener de otro modo dinero o bienes muebles o inmuebles (incluidos medicamentos recetados) que le pertenezcan por cualquier medio prohibido por la ley que pueda repercutir en su salud y bienestar
- Muerte no natural o accidental
- Autolesión o intento de suicidio que incluye un intento físico por parte de una persona de autolesionarse, lo que conduce a la necesidad de recibir tratamiento en la sala de emergencias, observación hospitalaria u hospitalización.

## Otros detalles del plan

---

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan).

### ¿Qué hacer si ocurre alguna de estas cosas?

**Cómo notificar un incidente:** Usted o su representante autorizado o tutor legal deben informar los incidentes a su administrador de atención médica o a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare.

Si el incidente es grave y cree que su salud y bienestar están en peligro, debe notificarlo también a las autoridades competentes. Si no está seguro de con quién ponerse en contacto, pregunte a su administrador de atención médica o a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare. La autoridad competente depende de la naturaleza del incidente.

#### **Vea a continuación algunos ejemplos de incidentes graves:**

**Emergencia médica:** Si tiene una emergencia médica, llame a su médico o al **911**. Las situaciones que le causen preocupación deben ser comunicadas a su administrador de atención médica o a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare. Lo mejor es notificar estas preocupaciones antes de que se conviertan en una emergencia.

**Maltrato, negligencia, o explotación de un adulto mayor de 60 años:** Si el incidente está relacionado con el maltrato, la explotación o la negligencia de un adulto de 60 años o más, póngase en contacto con los Servicios de Protección para Adultos (APS) del condado donde resida la persona o donde se haya producido el incidente. Fuera del horario laboral, comuníquese con las autoridades locales responsables de hacer cumplir la ley. Para encontrar el número de su agencia de Servicios para la Protección de Adultos local, haga clic o visite [https://jfs.ohio.gov/county/County\\_Directory.pdf](https://jfs.ohio.gov/county/County_Directory.pdf).

**Servicios de protección para niños:** Si el incidente está relacionado con el maltrato, la explotación o la negligencia de un menor, comuníquese con los Servicios de Protección de Menores del condado donde resida la persona o donde se haya producido el incidente. Fuera del horario laboral, comuníquese con las autoridades locales responsables de hacer cumplir la ley. Para encontrar el número de teléfono de su agencia de servicios de protección de menores (CPS), haga clic o visite [jfs.ohio.gov/county/County\\_Directory.pdf](https://jfs.ohio.gov/county/County_Directory.pdf).

**Actividad delictiva:** Si el incidente involucra conductas que considera que pueden ser delictivas, llame a las autoridades locales responsables de hacer cumplir la ley.

**Fraudes a Medicaid:** Si usted sospecha que el incidente está relacionado con un fraude a Medicaid, presente una queja ante el Procurador General de Ohio. Para contactarle, haga clic o visite <http://www.ohioattorneygeneral.gov/About-AG/Contact>

**Tutor legal:** Si el incidente involucra a un tutor legal, usted puede comunicarse con su tribunal local de sucesiones. Para encontrar su tribunal local, haga clic o visite <https://www.supremecourt.ohio.gov/courts/judicial-system/ohio-trial-courts/>.

86 ¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

### Agencias de defensa

Organizaciones que pueden orientarle y defender sus intereses.

**Preocupaciones acerca de UnitedHealthcare:** Si tiene preocupaciones acerca de UnitedHealthcare, comuníquese con su administrador de atención médica o con Servicio al Cliente de UnitedHealthcare. Si usted considera que UnitedHealthcare no aborda sus inquietudes, puede pedir asistencia al Departamento de Medicaid de Ohio comunicándose con la línea directa de Medicaid. Haga clic o visite <http://www.ohiomh.com/> o llame al 800-324-8680.

**Defensor del pueblo (Ombudsman):** Los defensores del pueblo de Ohio para los cuidados a largo plazo transmiten las necesidades y preocupaciones de los miembros, en relación con los servicios de cuidados a largo plazo, a residencias para el cuidado de adultos mayores y personas con discapacidades, agencias de atención a domicilio y otros proveedores. Ellos trabajarán con el proveedor de cuidados a largo plazo de UnitedHealthcare y con usted, su familia u otros representantes para resolver los problemas e inquietudes que pueda tener sobre la calidad de los servicios que recibe. Los programas regionales del Defensor del pueblo para los cuidados a largo plazo ayudan a proteger a las personas. Llame a la oficina estatal al 1-800-282-1206 o envíe un correo electrónico a [OhioOmbudsman@age.ohio.gov](mailto:OhioOmbudsman@age.ohio.gov) para obtener ayuda.

**Asociación de Centros para la Vida Independiente de Ohio (CIL):** Los Centros para la Vida Independiente de Ohio garantizan que las personas con discapacidades tengan acceso completo a las comunidades en las que desean vivir, así como oportunidades de tomar decisiones que repercuten en su vida, pudiendo realizar las actividades de su elección.. Para obtener más información, haga clic o visite <http://www.ohiosilc.org/>.

**Asistencia legal:** Proporciona asistencia legal para proteger y hacer cumplir los derechos legales de los habitantes de Ohio de bajos ingresos. Llame al 866-LAW-OHIO.

**Derechos de las personas con discapacidad en Ohio:** Defiende los derechos humanos, civiles y legales de las personas con discapacidad en Ohio. Para obtener más información, haga clic o visite <http://www.disabilityrightsohio.org/> o llame al 614- 466-7264 o 800-282-9181.

### Confirmación de recepción de la Guía para Miembros de UnitedHealthcare

He recibido la Guía para Miembros de UnitedHealthcare Incluye información sobre mis derechos y protecciones, y cómo denunciar presuntos incidentes.

Firma del miembro: \_\_\_\_\_ (o representante autorizado)

Fecha: \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan).

## Otros detalles del plan

---

# Su opinión es importante

¿Tiene alguna idea sobre cómo mejorar UnitedHealthcare Community Plan? Hay muchas maneras en las que puede darnos su opinión.

- Llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**
- Escribanos a:  
UnitedHealthcare Community Plan  
5600 Parkwood Place  
Dublin, OH 43016

### Junta asesora de miembros

La junta asesora de miembros es un consejo asesor que tiene como objetivo garantizar que UnitedHealthcare involucre activamente a consumidores, familias, grupos de defensa y otras partes claves interesadas como socios en el diseño de programas de atención compleja y el sistema de prestación de servicios.

¿Quién puede formar parte?

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

Los participantes pueden:

- Compartir opiniones e ideas con el equipo de UnitedHealthcare
- Unirse a una llamada mensual con los líderes de UnitedHealthcare sobre salud y bienestar.
- Asistir a una reunión regional anual.
- Inscribirse para recibir capacitaciones gratuitas sobre la defensa.

Para obtener información sobre el consejo asesor, comuníquese con:

Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**

### Comité asesor de miembros

También contamos con un comité asesor de miembros que se reúne cada tres meses. Si desea unirse a nosotros, llame a Servicio al Cliente.

### Administración de la Utilización

UnitedHealthcare Community Plan quiere evitar que usted reciba muy poca atención o atención que realmente no necesita. También tenemos que asegurarnos de que la atención que reciba sea un beneficio cubierto. Utilizamos la administración de la utilización (UM) para asegurarnos de que usted reciba la atención adecuada en el momento adecuado y en el lugar adecuado.

También hay algunos tratamientos y procedimientos que debemos revisar antes de que pueda recibirlos. Sus proveedores saben cuáles son y se encargan de hacérselo saber para revisarlos. La revisión que realizamos se llama revisión de la utilización. No recompensamos a nadie por rechazar la atención necesaria. Si tiene preguntas sobre la administración de la utilización, puede hablar con nuestro personal de Administración de la atención médica de Medicaid. Nuestro personal de enfermería está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. al 1-800-504-9669, TTY 711; contamos con asistencia lingüística.

### Programa de calidad

Nuestro programa de calidad trabaja con su médico para ayudarle a cuidar su salud. El programa de calidad le recuerda cuándo debe vacunarse y hacerse pruebas preventivas. Le enviamos a usted y a sus proveedores recordatorios sobre pruebas de plomo, pruebas de Papanicolaou, mamografías y vacunas que previenen enfermedades como la poliomielitis, las paperas, el sarampión y la varicela.

UnitedHealthcare Community Plan utiliza los estándares HEDIS® para ayudar a medir nuestro desempeño con nuestro programa de calidad. HEDIS es un conjunto de medidas y puntuaciones de desempeño estándar para ayudar a las personas a comparar el desempeño de los planes de atención médica administrada. HEDIS estudia muchas áreas, como la atención prenatal y los programas de prevención de enfermedades.

UnitedHealthcare Community Plan quiere asegurarse de que usted esté conforme con los servicios que recibe de su médico y de nosotros. Para ello, analizamos los datos de CAHPS®. CAHPS son las siglas en inglés para Evaluación por el consumidor de proveedores y sistemas del cuidado de salud. Esta encuesta hace preguntas para ver qué tan conforme está con la atención que recibe. Si recibe una encuesta para miembros por correo, complétela y envíenla.

UnitedHealthcare Community Plan analiza los resultados de HEDIS y CAHPS. Luego compartimos los resultados con nuestros proveedores. Trabajamos con los proveedores para asegurarnos de que los servicios que le brindan y los servicios que le brindamos contribuyan a su atención médica de manera positiva.

Si desea más información sobre el programa de calidad, llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

# Seguridad y protección contra la discriminación

La seguridad de los pacientes es muy importante para nosotros. Aunque no brindamos atención directa, queremos asegurarnos de que nuestros miembros reciban atención segura. Realizamos un seguimiento de los problemas de calidad de la atención, desarrollamos lineamientos para promover una atención segura, brindamos información a los miembros sobre la seguridad del paciente y trabajamos con hospitales, médicos y otros para mejorar la continuidad y la coordinación entre los sitios de atención médica. Si desea más información sobre la seguridad del paciente o lugares donde obtener información, llame al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

UnitedHealthcare Community Plan y sus proveedores tienen prohibido discriminar a cualquier persona por motivos de edad, raza, origen étnico, religión, color de la piel, género, identidad de género, orientación sexual, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, ascendencia, información genética, estado de salud o necesidad de servicios de salud en la recepción de servicios de salud. Los proveedores de UnitedHealthcare Community Plan deben cumplir con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y no pueden discriminar por motivos de salud o salud mental, necesidad de atención médica o condiciones preexistentes. Si cree que ha sido objeto de cualquier forma de discriminación, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de inmediato.

## Guías de práctica clínica y nueva tecnología

UnitedHealthcare Community Plan proporciona a nuestros proveedores pautas clínicas que contienen información sobre la mejor manera de brindar atención médica para algunas condiciones. Cada lineamiento clínico es un estándar de atención aceptado en la profesión médica, lo que significa que otros médicos están de acuerdo con ese enfoque. Queremos mejorar su salud brindando a nuestros proveedores información que respalde sus prácticas clínicas, en coherencia con los estándares de atención reconocidos a nivel nacional.

Si tiene alguna pregunta sobre las pautas clínicas de UnitedHealthcare Community Plan o desea una copia impresa de un lineamiento de práctica clínica, llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**. También puede encontrar los lineamientos de práctica clínica en nuestro sitio web en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan).

### Evaluación de nuevas tecnologías

Algunas prácticas y tratamientos médicos aún no han demostrado ser eficaces. UnitedHealthcare Community Plan revisa a nivel nacional nuevos tratamientos, prácticas, pruebas y tecnologías para tomar decisiones sobre prácticas y tratamientos médicos nuevos y en qué condiciones se pueden utilizar. Esta información es revisada por un comité de médicos, enfermeros, farmacéuticos y expertos invitados de UnitedHealthcare Community Plan que toman la decisión final sobre la cobertura. Si desea más información sobre cómo tomamos decisiones con respecto a prácticas y tratamientos médicos nuevos, llámenos al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

90 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

## Sus responsabilidades como miembro

### Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene la responsabilidad de:

- Comprender cómo funciona UnitedHealthcare Community Plan al leer este manual
- Elegir su proveedor de atención primaria
- Llevar consigo su tarjeta UnitedHealthcare Community Plan. (Debe mostrar su tarjeta cuando reciba servicios y debe reportar una tarjeta robada o perdida lo antes posible. También debe informar a UnitedHealthcare Community Plan sobre cualquier otro seguro que pueda tener y debe presentar información del seguro actual a su proveedor de atención primaria).
- Buscar atención médica según sea necesario.
- Llegar a tiempo a las citas.
- Informar al consultorio de su proveedor de atención médica o a cualquier consultorio médico si necesita cambiar una cita.
- Respetar los derechos y la propiedad de su proveedor de atención primaria, otros trabajadores de atención médica y otros pacientes.
- Saber cuándo tomar su medicamento, cómo tomarlo y seguir las instrucciones de su médico para la atención que ha aceptado.
- Proporcionarles a UnitedHealthcare Community Plan y a sus proveedores de atención médica la información médica correcta y cualquier información necesaria para poder brindarle los servicios.
- Asumir la responsabilidad total, pensar en las consecuencias de su decisión si rechaza la atención (decir que no al tratamiento) y hacer preguntas si no entiende algo.
- Comprender lo mejor posible sus problemas de salud y participar en el desarrollo de tratamientos acordados mutuamente.
- Asegurarse de que su proveedor de atención primaria tenga todos sus expedientes médicos. (Esto incluye todos los expedientes de otros médicos).
- Informar a UnitedHealthcare Community Plan si está en el hospital. (Debe notificar esto en 24 horas o lo antes posible).
- Consentir el uso adecuado de su información de salud
- Mantener actualizada su categoría de participación en Medicaid para que no pierda su membresía en UnitedHealthcare Community Plan

# Terminología utilizada en la atención administrada

**Maltrato:** Hacer daño a alguien a propósito. (Incluye gritar, ignorar las necesidades de una persona y tocarla de forma inapropiada).

**Directivas anticipadas:** Una decisión sobre su atención médica que usted toma con anticipación en caso de que en algún momento no pueda hablar por sí mismo. Esto permitirá que su familia y sus médicos sepan qué decisiones tomaría si fuera capaz de hacerlo.

**Apelación:** Solicitud de un miembro para que UnitedHealthcare Community Plan revise una determinación adversa de beneficios.

**Autorización:** Visto bueno o aprobación de un servicio.

**Beneficios** Servicios, procedimientos y medicamentos que UnitedHealthcare Community Plan cubrirá para usted.

**Copago:** Una cantidad fija que un miembro paga por un servicio de atención médica cubierto.

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

**Equipo Médico Duradero (DME):** Equipo que puede soportar su uso repetido, se utiliza principal y habitualmente para cumplir un propósito médico, generalmente no es útil para una persona sin una enfermedad o lesión y es apropiado para su uso en el hogar.

**Emergencia:** Un cambio repentino e inesperado en el estado físico o mental de una persona que, si no se realiza un procedimiento o tratamiento de inmediato, podría esperarse que resulte en (1) la pérdida de la vida o de una extremidad, (2) un deterioro significativo de una función corporal o (3) un daño permanente a una parte del cuerpo o a la salud del feto. (Salud Mental: Amenaza de suicidio, homicidio o autolesión, manía o psicosis que requiere atención médica inmediata).

**Condición médica de emergencia:** Se refiere a una condición médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) como para que una persona prudente y sin experiencia, que posea un conocimiento promedio de salud y medicina, pueda razonablemente suponer que la ausencia de atención médica inmediata puede dar lugar a cualquiera de las siguientes situaciones: poner en grave peligro la salud de la persona (o, en el caso de una embarazada, la salud de la mujer o de su feto), causar un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

**Transporte médico de emergencia:** Transporte en ambulancia de personas enfermas, heridas o incapacitadas de alguna otra forma que requieran atención médica de emergencia.

**Emergencia de salud mental que no pone en riesgo la vida:** Cuando los síntomas se desarrollan por primera vez, pero no ponen en riesgo la vida, como pensamientos suicidas sin un plan para llevarlo a cabo o cuando el miembro comienza a mostrar signos de manía o psicosis.

**Atención en la sala de emergencias:** Prueba de detección, examen y evaluación realizados por un médico o, en la medida permitida por la ley aplicable, por otro personal apropiado bajo la supervisión de un médico, para determinar si existe una condición médica de emergencia y, si existe, el tratamiento de atención o cirugía para un servicio cubierto por un médico, necesario para aliviar o curar la condición médica de emergencia, dentro de la capacidad de servicio de un hospital.

**Servicios de emergencia:** Servicios cubiertos para pacientes hospitalizados, servicios para pacientes ambulatorios o servicios de transporte médico proporcionados por un proveedor calificado y necesarios para evaluar, tratar o estabilizar una condición médica de emergencia. Los proveedores de servicios de emergencia también incluyen médicos u otros profesionales de la salud o centros de atención médica que no estén empleados por o bajo acuerdo contractual con UnitedHealthcare Community Plan.

**Servicios excluidos:** Servicios de salud que UnitedHealthcare Community Plan no paga ni cubre.

**Fraude:** Acto deshonesto (por ejemplo: si alguien que no es usted usa su tarjeta de ID de miembro y se hace pasar por usted).

**Queja formal:** Una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una determinación de beneficios adversa. Las quejas formales pueden estar relacionadas, entre otros, con la calidad de la atención o los servicios prestados y aspectos de las relaciones interpersonales como descortesía de un proveedor o empleado o no respetar los derechos del miembro, independientemente de si se solicitan medidas correctivas. Las quejas formales incluyen el derecho de un miembro a disputar una extensión de tiempo propuesta por una entidad de atención administrada para tomar una decisión de autorización.

**Servicios y dispositivos de habilitación:** Servicios diseñados para ayudar a las personas a adquirir, retener y mejorar las habilidades de autoayuda, socialización y adaptación necesarias para residir con éxito en entornos domésticos y comunitarios.

**Información de salud:** Datos sobre su salud y atención. Esta información puede provenir de UnitedHealthcare Community Plan o de un proveedor. Incluye información sobre su salud física y mental, así como los pagos por la atención.

**Seguro de salud:** Un contrato que requiere que UnitedHealthcare Community Plan pague parte o la totalidad de sus costos de atención médica a cambio de una prima.

**Atención de salud en el hogar:** Servicios que incluyen cuidados de enfermería a domicilio, asistencia médica a domicilio y terapias especializadas.

## Otros detalles del plan

---

**Servicios para enfermos terminales:** Una agencia pública, organización privada o una subdivisión de cualquiera de ellas, sujeta a las condiciones de participación conforme al Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), parte 418 (1 de octubre de 2017), que tenga licencia en el estado de Ohio y esté aprobada por el Departamento de Medicaid de Ohio para brindar atención a personas con enfermedades terminales. (5160-56-01 (V).

**Hospitalización:** Atención requiere el ingreso en un hospital.

**Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios:** Tratamiento o servicios de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación o paliativos prestados por o bajo la dirección de un profesional médico o servicios de un médico que un hospital presta a un paciente.

**Información de salud mental:** Datos sobre su salud mental y atención. Esta información puede provenir de UnitedHealthcare Community Plan o de un proveedor. Incluye información sobre su salud física y mental, así como los pagos por la atención.

**Tarjeta de ID:** Una tarjeta de identificación que indica que usted es miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Debe llevar consigo esta tarjeta en todo momento.

**Vacuna:** Una inyección que protege contra una enfermedad. Los niños deben recibir varias vacunas en edades específicas. Las vacunas generalmente se administran durante las visitas regulares al médico.

**Consentimiento fundamentado:** Significa que le han explicado todos los tratamientos médicos, los entiende y los acepta.

**Dentro de la red:** Médicos, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que tienen un acuerdo con UnitedHealthcare Community Plan para prestar servicios de atención médica a los miembros.

**Pacientes hospitalizados:** Cuando se le ingresa en un hospital por un periodo prolongado.

**Medicamento necesario:** Criterios de cobertura para procedimientos, artículos o servicios que previenen, diagnostican, evalúan o tratan una condición de salud adversa como una lesión, enfermedad, dolencia o sus síntomas, disfunción emocional o conductual, déficit intelectual, deterioro cognitivo o discapacidad del desarrollo y sin los cuales se puede esperar que la persona sufra morbilidad prolongada, aumentada o nueva, deterioro de la función, disfunción de un órgano o parte del cuerpo o dolor y malestar significativos.

**Miembro:** Una persona que cumple los requisitos y está inscrita en los programas de Medicaid o DHCP de UnitedHealthcare Community Plan.

**Red:** Proveedores con un contrato con UnitedHealthcare Community Plan a disposición de los miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

**Proveedores no participantes:** Cualquier proveedor con un acuerdo de proveedor con el Departamento de Medicaid de Ohio que no tenga contrato con UnitedHealthcare Community Plan, pero que preste servicios de atención médica a los miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

**ODM:** Departamento de Medicaid de Ohio

**Fuera de la red:** Médicos, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que no tienen un acuerdo con UnitedHealthcare para prestar servicios de atención médica a los miembros.

**Pacientes ambulatorios:** Cuando se realiza un procedimiento que no requiere pasar la noche en el hospital.

**Proveedores participantes:** Cualquier proveedor, grupo de proveedores o entidad que tenga un contrato de proveedor de la red con UnitedHealthcare Community Plan de conformidad con la regla 5160-26-05 del Código Administrativo y reciba fondos de Medicaid directa o indirectamente para indicar, referir o prestar servicios cubiertos como resultado del acuerdo de proveedor con UnitedHealthcare Community Plan o el contrato con el Departamento de Medicaid de Ohio.

**Servicios de un médico:** (L) “Servicios de un médico o profesional médico”: son médicos, podiatras, dentistas, profesionales de enfermería clínica, enfermeras parteras certificadas, enfermeros especialistas certificados o asistentes médicos. (5160-2-02(L))

**Plan:** (X) “Organización de atención administrada (MCO)” o “plan de atención administrada (MCP)” se refiere a una corporación de seguros de salud (HIC) autorizada en el estado de Ohio que celebra un acuerdo de proveedor de atención administrada con el Departamento de Medicaid de Ohio. 5160-26-01(X)

**Servicios de atención posteriores a la estabilización:** Servicios cubiertos relacionados con una condición médica de emergencia que un proveedor tratante considera médicamente necesario, después de que se haya estabilizado una condición médica de emergencia, para mantenerla estabilizada o en las circunstancias descritas en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) 422.113 para mejorar o resolver la condición del miembro.

**Preautorización:** Una decisión de UnitedHealthcare Community Plan de que un servicio de atención médica, un plan de tratamiento o un equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces se le llama preautorización, preaprobación o precertificación. Es posible que su seguro o plan de salud requieran una preautorización para ciertos servicios antes de recibirlos, excepto en caso de emergencia.

**Prima:** “Prima” se refiere al monto de pago mensual por miembro al que la organización de atención administrada (MCO) tiene derecho como compensación por cumplir con sus obligaciones de conformidad con el Capítulo 5160-26 del Código Administrativo o el acuerdo del proveedor con Departamento de Medicaid de Ohio. (516026-01(NN))

## Otros detalles del plan

---

**Cobertura de medicamentos con receta:** Medicamentos cubiertos por el Administrador único de beneficios de farmacia (SPBM), que se les suministran a los miembros para su uso en la residencia del paciente, incluido un centro de enfermería o un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales.

**Medicamentos con receta:** Sustancias simples o compuestas o mezclas de sustancias recetadas para la cura, mitigación o prevención de enfermedades, o para el mantenimiento de la salud que son recetadas por un médico u otro profesional médico autorizado de las artes curativas dentro del alcance de esta práctica profesional, según lo define y limita la Ley Federal y Estatal; suministradas por farmacéuticos autorizados y profesionales médicos autorizados de acuerdo con la Ley Estatal relativa al ejercicio de la medicina; y suministradas por el farmacéutico o profesional médico autorizado a partir de una receta escrita que se registra y guarda en los registros del farmacéutico o profesional médico.

**Médico o proveedor de atención primaria (PCP):** Un médico (Dr. o DO.), un grupo de médicos, una enfermera titulada de práctica avanzada, según se define en la sección 4723.01 del Código Modificado de Ohio, un grupo de enfermeras de práctica avanzada dentro de una especialidad aceptable o un asistente médico que cumple con los requisitos de la regla 5160-4-03 del Código Administrativo de Ohio que tiene un contrato con UnitedHealthcare Community Plan para prestar servicios según lo especificado en la regla 5160-26-03.1 del Código Administrativo de Ohio.

**Preautorización:** Proceso que utiliza su médico para obtener la aprobación de aquellos servicios que deben ser aprobados antes de que puedan realizarse.

**Directorio de proveedores:** Una lista de proveedores que participan con UnitedHealthcare Community Plan para ayudarle a tratar sus necesidades de atención médica.

**Proveedor:** Un hospital, centro de atención médica, médico, dentista, farmacia o cualquier otra persona o entidad titulada o certificada que esté autorizada o pueda tener derecho a recibir un reembolso por servicios relacionados con la atención médica prestados a los miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

**Referencia:** Cuando usted y su proveedor de atención primaria acuerdan que necesita ver a otro médico y su proveedor de atención primaria le envía a un especialista de la red.

**Servicios y dispositivos de rehabilitación:** Tareas específicas que, de conformidad con el Título 47 del Código Modificado de Ohio, deben ser proporcionadas directamente por personal del cuidado de la salud con licencia u otro personal técnico o profesional debidamente certificado.

**Servicios de autorreferencia:** Servicios para los cuales no es necesario consultar a su proveedor de atención primaria para obtener una referencia.

**Cuidado de enfermería especializada:** Tareas específicas que, de conformidad con el Capítulo 4723 del Código Modificado de Ohio, debe proporcionar una enfermera con licencia (LPN) bajo la dirección de una enfermera titulada o directamente por una enfermera titulada.

**Especialista:** Un médico especialista se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones. Un especialista no médico es un proveedor que tiene más capacitación en un área específica de atención médica.

**Información sobre el consumo de sustancias:** Datos sobre su uso de sustancias y su atención. Esta información puede provenir de UnitedHealthcare Community Plan o de un proveedor. Incluye información sobre sus antecedentes de consumo de sustancias y su consumo actual, así como los pagos por la atención.

**Cuidado de urgencia:** Atención por una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para necesitar atención en una sala de emergencias.

**WIC:** Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños que brinda asesoramiento nutricional, educación nutricional y alimentos nutritivos durante el embarazo y el posparto a mujeres bebés y niños de hasta 2 años de edad. Los niños que se considera que tienen deficiencias nutricionales están cubiertos hasta los 5 años si tienen bajos ingresos y se determina que corren riesgo nutricional.

# Avisos de Prácticas de Privacidad del Plan de Salud

**ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE USAR Y DIVULGAR, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

Fecha de Vigencia: 1 de enero de 2024

Por ley, debemos<sup>1</sup> proteger la privacidad de su información de salud (“HI”). Debemos enviarle este aviso, que explica:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir su información de salud con los demás.
- Qué derechos tiene usted en relación con su información de salud.

La ley nos exige que cumplamos los términos de este aviso.

La información de salud es información sobre su salud o sus 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 por correo electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Le notificaremos sobre cualquier violación de su información de salud.

### **Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información**

#### **Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con:**

- Usted o su representante legal.
- Determinadas agencias del Gobierno. Para verificar y asegurarnos de estar cumpliendo las leyes de privacidad.

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

Esto puede ser para su tratamiento, para pagar su cuidado o para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos usar y compartir su información médica como se indica a continuación:

- **Para pagos.** Para procesar pagos y pagar reclamos. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para tratamiento o para administrar la atención.** Para ayudarle con su cuidado. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con un hospital en el que usted se encuentre para ayudarles a proporcionarle atención médica.
- **Para tareas administrativas de atención de la salud.** Para gestionar sus asuntos. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para informarle sobre un programa especial de bienestar o para el tratamiento de enfermedades disponible para usted. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para informarle sobre programas o productos relacionados con la salud.** Podemos informarle sobre otros tratamientos, productos y servicios. Es posible que estas actividades estén limitadas por la ley.

- **Para los patrocinadores del plan.** Si recibe el seguro de salud a través de su empleador, podemos proporcionarle información sobre su inscripción y sobre la cancelación de su inscripción, y un resumen de información de salud a su empleador. Podemos proporcionarles otra información de salud si limitan adecuadamente su uso.
- **Con fines de suscripción.** Para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información de salud genética con fines de suscripción.
- **Para recordatorios sobre los beneficios o la atención.** Podemos enviarle recordatorios de sus citas e información sobre sus beneficios de salud.
- **Para las comunicarnos que le enviamos.** Podemos comunicarnos con usted sobre los pagos, la atención médica y los beneficios de su seguro de salud.

### Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud como se indica a continuación:

- **Según lo exija la ley.** Para cumplir las leyes según nos corresponda.
- **A las personas que participan en su atención.** Un familiar u otra persona que le ayuda con su atención médica o paga por el cuidado de su salud. También podría ser un familiar en una situación de emergencia. Por ejemplo, en el caso de que usted no pueda decirnos si podemos compartir o no su información de salud. Si no puede decirnos lo que desea, aplicaremos nuestro mejor criterio. Si está permitido, después de su fallecimiento, podemos compartir su información de salud con los familiares o amigos que ayudaron o pagaron por su atención médica.
- **Para actividades de salud pública.** Por ejemplo, para prevenir la propagación de enfermedades o informar problemas con productos o medicamentos.
- **Para denunciar maltrato o abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos compartir la información de salud solo con determinadas entidades autorizadas por ley a obtenerla. Podría ser una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia permitida por la ley para obtener la información de salud. Puede tratarse de concesión de licencia, auditorías e investigaciones de fraude y abuso.
- **Para procesos judiciales o administrativos.** Por ejemplo, en respuesta a una orden judicial o una citación legal.
- **Para cumplir con la ley.** Para encontrar a una persona perdida o denunciar un delito.
- **En caso de amenazas a la salud o la seguridad.** A agencias de salud pública o responsables de hacer cumplir la ley, por ejemplo, en una situación de emergencia o catástrofe.
- **Para las funciones del Gobierno.** Para uso militar o de veteranos, seguridad nacional o para algunos servicios de protección.
- **Para el seguro de accidentes laborales.** Si se lesionó en el trabajo o para cumplir las leyes laborales.
- **Para investigación.** Por ejemplo, para estudiar una enfermedad o condición médica. También podemos usar información de salud para ayudar a preparar un estudio de investigación.
- **Para dar información sobre personas fallecidas.** Por ejemplo, a un médico forense o legista, que puede ayudar a identificar a la persona fallecida, por qué falleció o para cumplir ciertas leyes. También podemos compartir información de salud con los directores de funerarias.

## Otros detalles del plan

---

- **Para trasplante de órganos.** Por ejemplo, para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, córneas o tejidos.
- **A instituciones correccionales o autoridades responsables de hacer cumplir la ley.** Para personas en custodia, por ejemplo: (1) Para dar atención de la salud; (2) para proteger su salud y la salud de los demás; (3) para la seguridad de la institución.
- **A nuestros socios comerciales.** Para prestarle servicios a usted, si es necesario. Son compañías que nos prestan servicios Y se comprometen a proteger su información de salud.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información de salud que se detalla a continuación. Seguiremos las leyes más estrictas aplicables.
  1. Trastorno por consumo de alcohol y otras sustancias
  2. Información biométrica
  3. Abuso o negligencia infantil o de adultos, incluidas las agresiones sexuales.
  4. Enfermedades contagiosas
  5. Información genética
  6. VIH/SIDA
  7. Salud mental
  8. Información de menores
  9. Recetas
  10. Salud reproductiva
  11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos o compartiremos su información de salud según lo descrito en este aviso o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir notas sobre su psicoterapia, excepto en ciertos casos permitidos por la ley. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información de salud a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su información de salud en cierta correspondencia de marketing. Si nos da su consentimiento, puede retirarlo. Para saber cómo hacerlo, llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID del seguro de salud.

### Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- **Pedirnos que limitemos** nuestro uso o divulgación para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de la atención médica. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a familiares u otras personas que ayudan con su cuidado o que pagan por su atención médica. También podemos permitirles a sus dependientes que fijen límites. **Trataremos de respetar lo que nos pida, pero no estamos obligados a hacerlo.** Su solicitud para que limitemos nuestro uso o divulgación se debe presentar por escrito.

100 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

- **Pedir recibir comunicaciones confidenciales** de una manera o en un lugar diferente. Por ejemplo, en un apartado postal en lugar de en su domicilio. Concederemos su solicitud según lo permitido por la ley estatal y federal. Aceptamos solicitudes verbales, pero podemos pedirle que confirme su solicitud por escrito. Puede cambiar su solicitud, pero debe hacerlo por escrito. Envíe su solicitud a la dirección que se indica a continuación.
- **Ver u obtener una copia** de determinada información de salud. Debe pedirlo por escrito. Envíe su solicitud a la dirección que se indica a continuación. Si conservamos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia electrónica. Es posible que le enviemos un resumen. Podemos cobrar por las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted puede pedir que se revise la denegación.
- **Pedir una enmienda.** Si cree que su información de salud tiene errores o está incompleta, puede pedir que la cambiemos. Debe pedirlo por escrito. Debe decirnos por qué hay que cambiarla. Responderemos a su solicitud en el plazo en que debemos hacerlo conforme a la ley. Envíe su solicitud a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, usted puede expresar su desacuerdo por escrito e incluirlo a su información de salud.
- **Recibir un informe** de cuándo compartimos su información de salud durante los seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá cuando compartimos información de salud por los siguientes motivos: (i) para el tratamiento, pago y actividades de atención de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones correccionales o autoridades responsables de hacer cumplir la ley. Esto no incluirá las divulgaciones que la ley federal no nos exige que registremos.
- **Recibir una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web.
- **En algunos estados, usted puede tener derecho a pedir que borremos** su información de salud. Según el lugar en donde usted viva, es posible que pueda pedirnos que borremos su información de salud. Responderemos a su solicitud en el plazo en que debemos hacerlo conforme a la ley. Si no podemos hacerlo, le haremos saber. En caso de que no podamos, puede escribirnos indicando por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

### Hacer valer sus derechos

- **Comunicarse con su plan de salud.** Si tiene preguntas sobre este aviso o si desea hacer valer sus derechos, **llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.** O puede comunicarse con el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY/RTT **711**.
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Enviar por correo postal a:  
UnitedHealthcare Privacy Office  
MN017-E300, P.O. Box 1459, Minneapolis MN 55440
- **Para presentar una queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja a la dirección indicada anteriormente.

**También puede notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.** Nosotros no tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

<sup>1</sup> Este Aviso de prácticas de privacidad de la 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>.

# Aviso de Privacidad sobre Información Financiera

**ESTE AVISO DICE CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

Fecha de Vigencia: 1 de enero de 2024

Nosotros<sup>2</sup> protegemos su “información financiera personal” (FI). La información financiera no es información de salud. La información financiera le identifica y, por lo general, no es pública.

### Información que recopilamos

- Obtenemos información financiera de sus solicitudes o formularios. Por ejemplo, nombre, dirección, edad y número de seguro social.
- Obtenemos información financiera de sus transacciones con nosotros o con otros. Por ejemplo, datos sobre el pago de la prima

### Divulgación de información financiera FI

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

Podemos compartir su información financiera para gestionar nuestro negocio. Podemos compartir su información financiera con nuestras compañías afiliadas. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera para procesar transacciones.
- Podemos compartir su información financiera para mantener su(s) cuenta(s).
- Podemos compartir su información financiera para responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Podemos compartir su información financiera con empresas que preparan nuestros materiales de mercadeo.

### Confidencialidad y seguridad

Limitamos el acceso de los empleados y proveedores de servicios a su información financiera. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información financiera.

### Preguntas sobre este aviso

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

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

## **Aviso sobre la no discriminación y Notificación de la disponibilidad de servicios de asistencia en otros idiomas y formatos alternativos**

Nuestra compañía cumple con las leyes de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluso embarazo, orientación sexual e identidad de género). No excluimos a las personas ni las tratamos de forma menos favorable por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

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

Si necesita estos servicios, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de ID de miembro (TTY: **711**).

Si usted cree que no le hemos prestado estos servicios o que le hemos discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja al Coordinador de Derechos Civiles:

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

**UHC\_Civil\_Rights@uhc.com**

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de ID de miembro (TTY: **711**).

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

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

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

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

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

Este aviso está disponible en

**<https://www.uhc.com/legal/nondiscrimination-and-language-assistance-notices>**.

**English:** ATTENTION: Translation and other language assistance services are available at no cost to you. If you need help, please call the toll-free number on your member identification card.

**Spanish:** ATENCIÓN: La traducción y los servicios de asistencia de otros idiomas se encuentran disponibles sin costo alguno para usted. Si necesita ayuda, llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

**Haitian French Creole:** ATANSYON: Gen tradiksyon ak lòt sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Si ou bezwen èd, tanpri rele nimewo gratis lan ki sou kat idantifikasyon ou kòm manm lan.

**Ukrainian:** УВАГА! Ви можете безкоштовно скористатися послугами перекладу та іншими послугами мовної підтримки. Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте за безкоштовним номером, вказаним у вашій ідентифікаційній картці учасника.

**Nepali:** ध्यान दिनुहोस्: तपाईंका लागि अनुवाद र अन्य भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क उपलब्ध छन्। मद्दतको अनुरोध गर्न, कृपया आफ्नो आइडी कार्डमा सूचीबद्ध टोल-फ्री फोन नम्बरमा सदस्यलाई कल गर्नुहोस्।

**Arabic:** تنبيه: تتوفر خدمات الترجمة وخدمات المساعدة اللغوية الأخرى لك مجاناً. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يُرجى الاتصال بالرقم المجاني المدون على بطاقة تعريف العضو الخاصة بك.

**Somali:** DIGNIIN: Turjumaada iyo adeegyada kale ee kaalmada luuqadda waxaad ku heleysaa lacag la'aan. Haddii aad u baahan tahay caawimaad, fadlan wac lambarka sida bilaashka loo waco ee ku yaala kaarkaaga aqoonsiga xubinnimo.

**Russian:** ВНИМАНИЕ! Услуги перевода, а также другие услуги языковой поддержки предоставляются бесплатно. Если Вам нужна помощь, позвоните по номеру телефона для бесплатных звонков, указанному на Вашей идентификационной карточке участника.

**Swahili:** ANGALIA: Tafsiri na huduma zingine za usaidizi wa lugha zinapatikana bila gharama kwako. Ikiwa unahitaji msaada, tafadhali piga simu ya bila malipo iliyo kwenye kitambulisho chako cha mwanachama.

**French:** ATTENTION : la traduction et d'autres services d'assistance linguistique sont disponibles sans frais pour vous. Si vous avez besoin d'aide, veuillez composer le numéro gratuit figurant sur votre carte de membre.

**Kinyarwanda:** ICYITONDERWA: Serivisi z'ubusemuzi n'ubundi bufasha bw'indimi uzihabwa nta kiguzi utanze. Niba ukeneye ubufasha, hamagara nimeru itishyurwa iri ku ikarita yawe iranga umunyamuryango.

**Uzbek:** DIQQAT: Tarjima va boshqa til bo'yicha yordam xizmatlari sizga bepul taqdim etiladi. Agar yordam zarur bo'lsa, a'zo identifikatsiya kartasidagi bepul raqamga telefon qiling.

**Pashto:** پاملرنه: د ژباړې او د ژبې نور د مرستې خدمتونه تاسو ته وړيا شتون لري. که تاسو مرستې ته اړتيا لرئ، مهرباني وکړئ خپل د غړي پيژندنې کارت کې ورکړل شوي وړيا شميرې ته زنگ ووهئ.

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Dịch vụ dịch thuật và hỗ trợ ngôn ngữ khác được cung cấp cho quý vị miễn phí. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi số miễn cước trên thẻ nhận dạng hội viên của quý vị.

**Tigrinya:** ኣስተውዕል: ናይ ትርጉምን ካልእ ናይ ቋንቋ ኣገዝ ኣገልግሎታትን ብዘይ ዝኾነ ወጻኢታት ይወሃበኩም። ኣገዝ ምስ እትደልዩ፡ ብኸብረትኩም ናብቲ ኣብ ናይ ኣባል መለለዪ ካርድኹም ዘሎ ነጻ ቁጽሪ ደውሉ።

**Dari:** توجه: خدمات ترجمانی و دیگر مساعدت لسانی به قسم رایگان برای شما قابل دسترس است. اگر به کمک ضرورت پیدا کردید، لطفاً به نمبر رایگان مندرج در کارت هویت اعضا به تماس شوید.

# Apéndice A

---

## Administrador único de beneficios de farmacia (SPBM) de Ohio

### 1. Contenido de la Guía para Miembros

#### 1.1 Identidad corporativa

Gainwell Technologies es una empresa con más de 50 años de reconocida experiencia y una reputación de excelencia en el servicio y trayectoria inigualable. Gainwell no opera bajo ningún otro nombre comercial ni hace negocios usando otro nombre. En Gainwell, todo lo que hacemos se centra en las personas.

La misión de Gainwell es empoderar a los clientes a través de tecnologías y soluciones innovadoras para alcanzar excelentes resultados en materia de salud y servicios humanos.

Ahora usted es miembro de nuestro Administrador único de beneficios de farmacia (SPBM) En Gainwell, creemos que usted se merece recibir servicios farmacéuticos de calidad y que debe recibir los servicios más avanzados que podamos ofrecerle.

**Por Internet:** <https://spbm.medicaid.ohio.gov>

**Correo Electrónico:** [OH\\_MCD\\_PBM@gainwelltechnologies.com](mailto:OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com)

Si sospecha que se ha producido un fraude por parte de un proveedor o un consumidor, comuníquese con nuestra línea gratuita de información sobre fraude, despilfarro y abuso al **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) y seleccione la opción para denunciar inquietudes sobre fraude, despilfarro y abuso.

#### 1.2 Servicios disponibles

Gainwell cubre todos los medicamentos con receta médicamente necesarios cubiertos por Medicaid y medicamentos sin receta (OTC). Utilizamos una lista de medicamentos preferidos (PDL), que es una lista de medicamentos que preferimos que su proveedor recete. Es posible que le solicitemos a su profesional que le receta los medicamentos que presente una solicitud de preautorización, en la que nos brinde información adicional que explique por qué puede ser necesario un medicamento específico o una determinada dosis o cantidad de un medicamento.

Los siguientes servicios están disponibles para satisfacer cualquier necesidad adicional que pueda tener:

- Interpretación oral
- Servicios de traducción
- Ayuda y servicios auxiliares
- Información escrita en formatos alternativos, incluidos braille y letra grande.

### 1.2.1 Lista de medicamentos preferidos (PDL)

Gainwell usa una lista de medicamentos preferidos, que es una lista de medicamentos que preferimos que su proveedor recete. Puede encontrar una copia de la lista de medicamentos preferidos en las siguientes ubicaciones:

- En la pestaña Reference Material (Material de Referencia) en:  
<https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- Iniciando sesión en su portal para miembros de Gainwell <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- El sitio web de farmacia del Departamento de Medicaid de Ohio:  
<https://medicaid.ohio.gov/stakeholders-and-partners/phm/unified-pdl>
- Puede solicitar una copia impresa llamando a Servicio al Cliente al **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**)

### 1.2.2 Preautorizaciones

Es posible que el profesional que le receta deba presentar una solicitud de preautorización para ciertos medicamentos. Gainwell acepta presentaciones de preautorizaciones por teléfono, fax, correo, portal web o ePA. En estas circunstancias, su proveedor enviará una solicitud de autorización al equipo de Servicios de Farmacia de Gainwell, donde completarán una revisión clínica del medicamento que solicita su médico. El equipo de Servicios de Farmacia de Gainwell trabajará estrechamente con el profesional que le receta para brindarle la mejor decisión clínica. Recibirá una carta por correo con el resultado de la decisión tomada.

Si no está de acuerdo con la decisión tomada por Gainwell, se le enviará información detallada sobre cómo puede apelar la decisión.

Tiene la opción de llamar al número gratuito de Servicio al Cliente al **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) para obtener información sobre la lista de medicamentos preferidos, medicamentos que pueden requerir preautorización o para hacer cualquier pregunta relacionada con medicamentos. Puede consultar en línea la lista de medicamentos preferidos (PDL) y una lista de los medicamentos que requieren preautorización en: <https://spbm.medicaid.ohio.gov>. Es importante que usted o su médico consulten la lista de medicamentos preferidos o la lista de medicamentos que requieren preautorización cada vez que tengan preguntas, ya que son documentos que pueden cambiar.

## Otros detalles del plan

---

### 1.2.3 Estrategias de administración de la utilización farmacéutica

La lista de medicamentos preferidos se utilizará con cada revisión de preautorización que realice el equipo de Servicios de Farmacia de Gainwell. Cuando se requiere una preautorización, Gainwell debe aprobar la solicitud del profesional que le recetó antes de que usted pueda surtir su medicamento en su farmacia preferida dentro de la red. Es posible que se requiera una preautorización si:

- Hay un medicamento genérico disponible
- El medicamento solicitado puede ser mal utilizado o utilizado en exceso
- Se deben probar otros medicamentos primero
- Se han excedido los límites de cantidad para el medicamento solicitado
- El medicamento que le ha recetado su proveedor no está incluido en la lista de medicamentos preferidos

La lista de medicamentos preferidos generalmente incluye múltiples opciones de medicamentos para tratar una condición específica. Estos distintos medicamentos se denominan medicamentos “alternativos” y son tan eficaces como los otros medicamentos sin efectos secundarios ni problemas de salud adicionales.

Algunas razones específicas por las que el profesional que receta podría estar obligado a presentar una solicitud de preautorización incluyen:

**Terapia escalonada:** en algunos casos, nuestro plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica.

**Sustitución genérica:** aquí es donde se requerirá que una farmacia proporcione un medicamento genérico en lugar de un medicamento de marca cuando esté disponible. Los medicamentos genéricos son tan seguros y efectivos como los de marca y deben recetarse primero.

**Intercambio terapéutico:** esto es cuando usted no puede tomar un medicamento por razones como una alergia, intolerancia, etc., un medicamento podría no funcionar para usted y su médico puede recetar un medicamento que no está en la lista de medicamentos aprobados.

**Medicamentos especiales:** se trata de una revisión de un medicamento que se considera más complejo para una enfermedad específica y que requiere atención y tratamiento específicos durante el proceso de revisión de preautorización. Es posible que tenga que conseguir estos medicamentos a través de una farmacia especializada. Su médico trabajará con los Servicios de Farmacia de Gainwell para asegurarse de que pueda obtener el medicamento que necesita lo más rápido posible.

### 1.2.4 Servicios excluidos

Gainwell no pagará las siguientes categorías que no están cubiertas por el programa de farmacia de Medicaid de Ohio:

- Medicamentos para el tratamiento de la obesidad
- Medicamentos para el tratamiento de la infertilidad
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil
- Medicamentos que forman parte de la lista del programa de implementación de estudios de eficacia de medicamentos (DESI) o medicamentos que se hayan determinado como idénticos, similares o relacionados.
- Medicamentos que cumplen los requisitos para ser cubiertos por la Parte D de Medicare.
- Medicamentos de venta libre que no figuran en la lista según el párrafo C de la regla 5160-9-03 del Código Administrativo de Ohio (OAC).
- Medicamentos que se utilizan para indicaciones no aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), a menos que estén respaldados por evidencia clínica convincente.

### 1.2.5 Servicios adicionales

El equipo de farmacia Gainwell también puede ayudarle con los siguientes servicios llamando a Servicio al Cliente al **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**). También puede acceder a esta información en su portal para miembros iniciando sesión en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>.

- Buscar una farmacia para surtir la receta que le dio su proveedor
- Verificar que su cobertura de farmacia está activa
- Obtener suministros para diabéticos cubiertos a través de su beneficio de farmacia
- Obtener Equipo Médico Duradero (DME) cubierto a través de su beneficio de farmacia

## 1.3 Solicitud de apelaciones, quejas formales o audiencias estatales

### Queja formal:

Si no está conforme con algo relacionado con los Servicios de Farmacia de Gainwell o nuestros proveedores, comuníquese con nosotros lo antes posible. A esto se le llama una queja formal.

Para comunicarse con nosotros también puede:

- Llamar a Servicio al Cliente al **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) y elegir la opción 1 para hablar con un miembro del equipo de servicio de ayuda para farmacias de Gainwell
- Completar el formulario de quejas formales y apelaciones incluido en este manual para miembros y enviarlo por correo a Servicios de Farmacia de Gainwell a la dirección que aparece abajo o en línea a través de su portal para miembros.
- Visitar nuestro sitio web en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>

## Otros detalles del plan

---

- Escribir una carta explicando su descontento. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, su identificación de Medicaid, su dirección y su número de teléfono para que podamos comunicarnos con usted, si es necesario. Puede enviar su formulario o carta a través del correo electrónico o del correo postal.

**Correo electrónico:** [OH\\_MCD\\_PBM@gainwelltechnologies.com](mailto:OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com)

**Correo postal:** Gainwell Pharmacy Services  
5475 Rings Rd.  
Atrium II North Tower, Suite 125  
Dublin, OH 43017-7565

Una vez que se comuniquen con Gainwell para presentar su queja formal, nos comunicaremos con usted por teléfono, correo postal u otros medios apropiados dentro de los siguientes plazos:

- Dos (2) días hábiles para reclamos por no poder obtener los medicamentos que necesita
- Treinta (30) días calendario para todas las demás quejas formales

### Apelación

Si recibe una notificación de nuestra parte con la que no está de acuerdo, puede solicitar una apelación dentro de los sesenta (60) días calendario posteriores a la fecha de la notificación. Gainwell le dará una respuesta a su apelación dentro de los quince (15) días calendario a partir de la fecha en que se comunicó con nosotros. Si cree que esperar quince (15) días calendario podría poner en grave peligro su vida, su salud física o mental o su capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, comuníquese con Servicio al Cliente de Gainwell al número que figura a continuación lo antes posible para agilizar su proceso de revisión. Para solicitar una apelación, usted puede:

- Llamar a Servicio al Cliente al **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) y elegir la opción 1 para hablar con un miembro del equipo de servicio de ayuda para farmacias de Gainwell
- Completar el formulario de quejas formales y apelaciones incluido en este manual para miembros y enviarlo por correo a Servicios de Farmacia de Gainwell a la dirección que aparece abajo o en línea a través de su portal para miembros
- Visitar nuestro sitio web en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- Escribir una carta. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, su identificación de Medicaid, su dirección y su número de teléfono para que podamos comunicarnos con usted, si es necesario. Puede enviar su formulario o carta a través del correo electrónico o del correo postal.

**Correo electrónico:** [OH\\_MCD\\_PBM@gainwelltechnologies.com](mailto:OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com)

**Correo postal:** Gainwell Pharmacy Services  
5475 Rings Rd.  
Atrium II North Tower, Suite 125  
Dublin, OH 43017-7565

110 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Al presentar una apelación, debe incluir la siguiente información:

- Su nombre y número de identificación de Medicaid en su tarjeta.
- El nombre del profesional que receta el medicamento.
- El motivo por el que no está de acuerdo con el resultado proporcionado por Gainwell
- Cualquier documentación o información que respalde su solicitud para que se revoque su decisión.

Gainwell debe dar una respuesta a su apelación dentro de los quince (15) días calendario a partir de la fecha en que se comunicó con nosotros. Si no cambiamos nuestra decisión, se le notificará por escrito y se le informará sobre su derecho a solicitar una audiencia estatal. Debe completar el proceso de apelación antes de poder solicitar una audiencia estatal.

Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre una queja o apelación, le enviaremos una carta informándole que debemos tomarnos hasta catorce (14) días calendario adicionales. Esa carta también le proporcionará información sobre por qué necesitamos más tiempo para completar su solicitud.

### **Audiencias estatales**

Debe completar el proceso de apelación de Gainwell antes de poder solicitar una audiencia estatal. Una audiencia estatal es una reunión con usted o su representante autorizado, alguien del Departamento de Empleo y Servicios a la Familia del Condado, alguien de Gainwell y un oficial de audiencias de la Oficina de Audiencias Estatales dentro del Departamento de Empleo y Servicios a la Familia de Ohio (ODJFS). Durante esta reunión, usted explicará por qué cree que Servicios de Farmacia de Gainwell no tomó las decisiones correctas y Gainwell le explicará los motivos para tomar nuestra decisión. El funcionario de audiencias tomará una decisión basándose en las reglas, normas y la información proporcionada durante la audiencia.

Se le notificará su derecho a solicitar una audiencia estatal si no cambiamos nuestra decisión como resultado de su apelación a Gainwell. Si desea solicitar una audiencia estatal, usted o su representante autorizado debe solicitar una audiencia dentro de los noventa (90) días calendario posteriores a la denegación de su apelación de Gainwell.

Para solicitar una audiencia, usted puede firmar y devolver el formulario de audiencia estatal a la dirección o al número de fax que figura en el formulario. Llame a la Oficina de Audiencias Estatales al **1-866-635-3748** (TTY/TDD **614-728-2985**), o envíe la solicitud por correo electrónico a [bsh@jfs.ohio.gov](mailto:bsh@jfs.ohio.gov). Si desea información sobre servicios legales gratuitos, puede llamar a la Asociación de Servicios Legales del Estado de Ohio al 1-800-589-5888 para obtener el número de su oficina local de asistencia legal.

## Otros detalles del plan

---

Las decisiones de audiencias estatales generalmente se emiten a más tardar setenta (70) días calendario después de recibir la solicitud. Si se determina que la condición de salud cumple con los criterios para una decisión acelerada, la decisión se emitirá tan rápido como sea necesario, pero a más tardar tres (3) días hábiles después de recibir la solicitud. Las decisiones aceleradas se utilizan en situaciones en las que el plazo de revisión estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la función máxima.

### 1.4 Recomendaciones de cambios

Como miembro de Servicios de Farmacia de Gainwell, usted tiene el derecho de hacer recomendaciones sobre los derechos y responsabilidades relacionados con su cobertura de medicamentos.

Las recomendaciones se pueden enviar por correo electrónico a Servicios de Farmacia de Gainwell a [OH\\_MCD\\_PBM@gainwelltechnologies.com](mailto:OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com) o llame a Servicio al Cliente al **833-491-0344 (TTY/TDD 614-728-2985)**.

### 1.5 Acceso a los servicios de farmacia

Servicios de Farmacia de Gainwell cuenta con un portal para miembros donde puede iniciar sesión y administrar sus necesidades de farmacia. Para iniciar sesión en su portal personal de miembro, visite <https://spbm.medicaid.ohio.gov> e inicie sesión con la información personal que haya configurado para su cuenta.

Para crear una cuenta a través del portal para miembros de Gainwell, puede seguir las instrucciones en el sitio web en <https://spbm.medicaid.ohio.gov> o llamar al número gratuito de Servicio al Cliente al **1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)** para hablar con un agente de Servicios de Farmacia de Gainwell para recibir asistencia paso a paso para registrarse.

### 1.6 Medicamento de emergencia para paciente ambulatorio

En caso de una situación de emergencia, tendrá la opción de recibir un suministro para 72 horas (3 días) de su medicamento médicamente necesario. Si tiene dificultades con este proceso, comuníquese con Servicios de Farmacia Gainwell al **1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)**.

### 1.7 Declaración de no discriminación

Servicios de Farmacia de Gainwell cumple con las leyes de derechos civiles estatales y federales que le protegen contra la discriminación o el trato injusto. No tratamos a las personas de manera injusta debido a la edad, raza, color de la piel, origen nacional, religión, género, identidad de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad mental o física, historial médico, estado de salud, información genética, evidencia de asegurabilidad, estado militar, estado de veterano, ascendencia, la necesidad de servicios de salud para recibir cualquiera de los servicios cubiertos o ubicación geográfica.

Gainwell no tiene objeciones morales o religiosas a los servicios que prestamos a los miembros del Departamento de Medicaid de Ohio.

Si necesita alguno de los servicios adicionales a continuación, llame al número gratuito de Servicio al Cliente al **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) para hablar con un miembro del equipo sin costo adicional:

- Interpretación oral
- Servicios de traducción
- Ayuda y servicios auxiliares
- Información escrita en otros idiomas, incluidos, entre otros, español, somalí y árabe.
- Información escrita en formatos alternativos que incluyen, entre otros, braille y letra grande.

### 1.8 Declaración sobre la red de proveedores

Gainwell trabaja con las farmacias para surtir los medicamentos recetados cerca de su casa para que pueda satisfacer fácilmente cualquiera de sus necesidades de medicamentos. Muchas de las farmacias ofrecen servicios que incluyen entrega a domicilio de medicamentos con receta, gestión de medicamentos y asistencia si tiene un dominio limitado del inglés, dificultades auditivas o visuales, o una discapacidad que necesita apoyo adicional. También existen farmacias especializadas que proporcionan medicamentos con requisitos específicos de manipulación, almacenamiento y distribución para tratar enfermedades de alto riesgo, complejas o raras. Si hay algún cambio en estas farmacias, nos aseguraremos de informarle a través del sitio web, el Portal para miembros de Gainwell o por correo postal, según lo determine su solicitud de comunicación preferida.

Gainwell no cubre el surtido de medicamentos recetados en farmacias que no estén contratadas (fuera de la red) para dispensar medicamentos a los miembros de Medicaid de Ohio, lo que incluye, entre otras, farmacias que estén lejos de su domicilio, excepto en situaciones de emergencia (si se encuentra fuera del Estado en caso de emergencia o si una farmacia de Ohio no puede suministrar el medicamento).

### 1.9 Red de proveedores de farmacia

Puede obtener información sobre cómo localizar una farmacia cubierta en su red accediendo al Directorio de proveedores de farmacias en línea en <https://spbm.medicaid.ohio.gov> o iniciando sesión en su Portal para miembros de Gainwell en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>. Puede solicitar una copia impresa del Directorio de proveedores de farmacia llamando al número gratuito de Servicio al Cliente al **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**)



# Estamos aquí para usted

---

Recuerde que siempre estamos listos para responder cualquier pregunta que pueda tener. Solo llame a Servicio al Cliente al **1-800-895-2017**, TTY **711**. También puede visitar nuestro sitio web en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan).

UnitedHealthcare Community Plan  
5600 Parkwood Place  
Dublin, OH 43016

[myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan)

**1-800-895-2017, TTY 711**

United  
Healthcare®  
Community Plan

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

