



Le damos la bienvenida a la comunidad

UnitedHealthcare Community Plan of Ohio proporciona servicios de atención de la salud a los residentes de Ohio que son elegibles para recibir los beneficios de Medicaid para personas de edad avanzada, no videntes o discapacitadas, familias y niños cubiertos (incluidos los programas Healthy Start y Healthy Families), y personas que pertenecen a la población de Extensión para Adultos.

**United
Healthcare**
Community Plan

Bienvenida

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan. Ahora es miembro de un plan de atención de la salud, también conocido como Organización de Atención Administrada (Managed Care Organization, MCO). UnitedHealthcare Community Plan proporciona servicios de atención de la salud a residentes de Ohio que son elegibles, incluidas personas con bajos ingresos, personas embarazadas, bebés y niños, adultos mayores y personas con discapacidades. Como miembro, ahora es elegible para recibir atractivos beneficios sin costo alguno para usted, incluso sin copagos. Además, contamos con programas de control de enfermedades y de administración de la atención para afecciones como asma y diabetes, y el Programa para embarazadas Healthy First Steps™.

Tómese unos minutos para revisar este Manual para Miembros. Estamos listos para responder a cualquier pregunta que pueda tener. Puede encontrar las respuestas a la mayoría de las preguntas en myuhc.com/CommunityPlan. Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

La información proporcionada en este Manual para Miembros pretende ser una guía informativa y de referencia rápida.



Para empezar

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

- 1. Llame a su médico de cabecera (Primary Care Provider, PCP) y programe un chequeo.**
Los chequeos habituales son importantes para una buena salud. El número de teléfono de su médico de cabecera debe figurar en la tarjeta de identificación de miembro que recibió recientemente por correo. Si no conoce el número de su médico de cabecera o si desea ayuda para programar un chequeo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**. Estamos aquí para ayudarle.
- 2. Complete la evaluación de salud.** Es una forma rápida y sencilla de obtener un panorama general de su salud y estilo de vida actual. Nos ayuda a conectarle con los beneficios y servicios disponibles para usted. Visite myuhc.com/CommunityPlan para completar la evaluación de salud hoy mismo. Además, le llamaremos pronto para darle la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan. Durante esta llamada, podemos explicarle los beneficios de su plan de salud. También podemos ayudarle a completar la evaluación de salud por teléfono.
- 3. Conozca su plan de salud.** Comience con la sección Aspectos destacados del plan de salud en la página 8 para obtener una descripción general rápida de su nuevo plan. Y asegúrese de tener este folleto a mano para consultarlo en el futuro.

Servicios para Miembros 1-800-895-2017, TTY 711

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

Nuestra oficina está cerrada en estos feriados importantes:

- 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
- Navidad

Índice

Bienvenida	<u>2</u>
Aspectos destacados del plan de salud	<u>8</u>
Tarjeta de identificación de miembro	<u>8</u>
Resumen de beneficios	<u>9</u>
Su evaluación de salud	<u>11</u>
Apoyo al miembro	<u>11</u>
Puede comenzar a usar su beneficio de farmacia de inmediato	<u>13</u>
Visitas al médico	<u>15</u>
Su médico de cabecera (PCP)	<u>15</u>
Chequeos anuales	<u>17</u>
Cómo programar una cita con su médico de cabecera	<u>18</u>
Cómo prepararse para su cita con el médico de cabecera	<u>19</u>
Servicios de NurseLine: su recurso de información de salud durante las 24 horas	<u>19</u>
Si necesita atención y el consultorio de su médico está cerrado	<u>20</u>
Atención de la salud lejos de su hogar	<u>21</u>
Hogar médico	<u>21</u>
Servicios sin referidos	<u>22</u>
Beneficios adicionales para los miembros de la población de Extensión para Adultos	<u>23</u>
Cómo obtener una segunda opinión	<u>24</u>
Autorizaciones previas	<u>24</u>
Continuidad de la atención si su médico de cabecera abandona la red	<u>25</u>
Servicios de transporte (que no sean de emergencia)	<u>25</u>

Hospitales y emergencias	<u>26</u>
Atención de urgencia	<u>26</u>
Servicios hospitalarios	<u>26</u>
Atención dental de emergencia	<u>27</u>
Servicios médicamente necesarios	<u>27</u>
Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos	<u>29</u>
Manual para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio	<u>31</u>
Bienvenida del estado de Ohio	<u>31</u>
Manual para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio	<u>34</u>
Tarjetas de identificación (ID)	<u>35</u>
Información para miembros nuevos	<u>36</u>
Medicamentos con receta	<u>37</u>
Servicios no cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan	<u>37</u>
Servicios no cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan a menos que sean médicamente necesarios	<u>38</u>
Servicios de administración de la atención	<u>39</u>
Servicios para Miembros	<u>40</u>
Servicios de salud conductual, servicios de salud mental y servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias	<u>41</u>
OhioRISE	<u>42</u>
Programa de servicios coordinados	<u>43</u>
Pruebas y vacunas contra el COVID-19	<u>44</u>
Healthchek	<u>45</u>
Cómo elegir un médico de cabecera (PCP)	<u>46</u>
Cómo cambiar su médico de cabecera	<u>47</u>
Telesalud	<u>47</u>
Sus derechos de membresía	<u>48</u>

Cómo informar a UnitedHealthcare Community Plan si no está satisfecho o no está de acuerdo con una decisión que tomamos: apelaciones y quejas formales	50
Formulario de quejas y apelaciones	53
Audiencias estatales	55
Recuperación del patrimonio	56
Servicios de emergencia	56
Lesión o enfermedad accidentales (subrogación)	58
Otro seguro de salud (Coordinación de beneficios, COB)	58
Aviso de pérdida de seguro (Certificado de cobertura acreditable)	58
Pérdida de la elegibilidad para Medicaid	59
Renovación automática de la membresía en un Plan de atención administrada	59
Finalización de su membresía en un Plan de atención administrada	59
Tabla de servicios de Medicaid	64
Servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan	64
Beneficios adicionales de UnitedHealthcare	73
Beneficios adicionales	73
Otros detalles del plan	79
Cómo encontrar un proveedor de la red	79
Directorio de Proveedores	79
Si recibe una factura por servicios	80
Directrices anticipadas	80
Fraude y abuso	82
Su opinión nos importa	83
Gestión de la utilización	84
Programa de calidad	84
Seguridad y protección contra la discriminación	85
Pautas sobre prácticas clínicas y nueva tecnología	85

Sus responsabilidades de membresía	<u>86</u>
Terminología de atención administrada	<u>87</u>
Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad	<u>93</u>
Apéndice A	<u>103</u>
Administrador único del beneficio de farmacia (SPBM) de Ohio	<u>103</u>
1. Índice del Manual para Miembros	<u>103</u>
1.1 Identidad corporativa	<u>103</u>
1.2 Servicios disponibles	<u>103</u>
1.2.1 Lista de medicamentos preferidos	<u>104</u>
1.2.2 Autorizaciones previas	<u>104</u>
1.2.3 Estrategias de gestión de la utilización de farmacia	<u>105</u>
1.2.4 Servicios excluidos	<u>106</u>
1.2.5 Servicios adicionales	<u>106</u>
1.3 Solicitud de apelaciones, quejas o audiencias estatales	<u>106</u>
1.4 Recomendaciones de cambios	<u>109</u>
1.5 Acceso a la farmacia	<u>109</u>
1.6 Medicamentos de emergencia para pacientes ambulatorios	<u>110</u>
1.7 Declaración de no discriminación	<u>110</u>
1.8 Declaración de la red de proveedores	<u>110</u>
1.9 Red de proveedores de farmacia	<u>111</u>

Aspectos destacados del plan de salud

Tarjeta de identificación de miembro

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

- Member Services | Phone: 800-895-2017**
24 Hour Emergency Services | Phone: 800-542-8630 (Callout: Su número de identificación de miembro)
- Member Name:** JaneHasVeryLongName (Callout: Nombre de su médico de cabecera)
- Member ID Number:** 000000000000 (Callout: Su número de identificación del plan)
- Plan ID Number:** 000000000000 (Callout: Número de teléfono de Servicios para Miembros)
- Primary Care Provider:** Dr. John Doe, Phone: 000-000-0000 (Callout: Información para su farmacéutico)
- Pharmacy Benefit:** gwinwell, Rx Bin: 024251, Rx PCN: OHRXPROD, Phone: 833-491-0344 (Callout: Información para su farmacéutico)
- Use Member ID for Billing** (Callout: Información para su farmacéutico)
- 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.
- Information for Providers:** Please verify member eligibility on Date of Service via the ODM provider portal before rendering services. Please visit 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 800-366-7304.
- Ohio Department of Medicaid** logo.

¿Perdió su tarjeta de identificación de miembro?

Si usted o un familiar pierden una tarjeta, pueden imprimir una nueva en myuhc.com/CommunityPlan. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY 711.

8 ¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY 711.

Resumen de beneficios

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene a su disposición una variedad de beneficios y servicios de atención de la salud. Esta es una breve descripción general. Encontrará una lista completa en la sección Beneficios.

Servicios de atención primaria

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

Amplia red de proveedores

Puede elegir cualquier médico de cabecera de nuestra amplia red de proveedores. Nuestra red también incluye especialistas, hospitales y farmacias, y le da gran cantidad de opciones para la atención de la salud. Encuentre una lista completa de proveedores de la red en myuhc.com/CommunityPlan o llame al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

NurseLine

La línea de enfermería NurseLine le brinda acceso telefónico al experimentado personal de enfermería registrado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Pueden brindarle información, apoyo y educación para cualquier pregunta o inquietud relacionada con la salud. 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 personal de enfermería altamente capacitados para tratar ciertas afecciones. Es posible que primero necesite un referido de su médico de cabecera. Consulte la página 15 del manual.

Medicamentos

Su plan cubre medicamentos con receta sin copagos para miembros de todas las edades. Además, también cubre insulinas, agujas y jeringas, anticonceptivos, aspirina recubierta para la artritis, píldoras de hierro y vitaminas masticables.

Servicios hospitalarios

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

Bienvenida

Servicios de laboratorio

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

Visitas de bienestar del niño

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

Atención de maternidad y embarazo

Usted tiene cobertura para las visitas al médico antes y después del nacimiento de su bebé. Esto incluye las estadías en el hospital. En caso de que sea necesario, también cubrimos las visitas domiciliarias después del nacimiento del bebé.

Planificación familiar

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

Atención de la vista

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

Atención dental

Sus beneficios dentales están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan. Para obtener más información sobre su cobertura dental o para encontrar un dentista, inicie sesión en myuhc.com/CommunityPlan o en la aplicación UnitedHealthcare®, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Servicios de transporte disponibles

Si necesita un traslado al consultorio de su médico de cabecera o de otro proveedor médico, es posible que podamos ayudarle. El transporte médico está cubierto para ciertos servicios de atención médica. Si no tiene otra forma de ir al médico, vive en una zona sin transporte público, o no puede utilizarlo debido a una afección de salud o a una discapacidad, llame al **1-800-895-2017**, TTY **711**, con al menos 48 horas de antelación. Para obtener más información, inicie sesión en 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 con preguntas simples sobre su salud y estilo de vida. Si la completa y nos la envía por correo, podremos conocerle mejor. Además, nos ayuda a conectarle con los múltiples beneficios y servicios disponibles para usted.

Tómese unos minutos y complete el Formulario de evaluación de salud. También puede llamar al **1-800-895-2017** para completarlo por teléfono.

Apoyo al miembro

Queremos que obtenga el máximo beneficio de su plan de salud de la manera más fácil posible. Como miembro de nuestro plan, tiene muchos servicios disponibles, incluidos transporte e intérpretes, si es necesario. Además, si tiene preguntas, hay muchos lugares donde puede obtener respuestas.

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

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

- Buscar un proveedor
- Buscar un medicamento en la Lista de Medicamentos Preferidos
- Obtener detalles de los beneficios
- Descargar un nuevo Manual para Miembros
- Imprimir una nueva tarjeta de identificación de miembro
- Encontrar información sobre recompensas saludables disponibles por cumplir con ciertos objetivos de salud

Servicios para Miembros está disponible de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Servicios para Miembros puede ayudarle con sus preguntas o inquietudes, entre lo que se incluye lo siguiente:

- Comprender sus beneficios
- Recibir ayuda para obtener una tarjeta de identificación de miembro de reemplazo
- Encontrar un médico o una clínica de atención de urgencia
- Acceder a la atención especializada
- Presentar una queja o apelación

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

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 11
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Bienvenida

Programa de administración de la atención

UnitedHealthcare Community Plan ofrece servicios de administración de atención. Si tiene una afección médica crónica, como asma o diabetes, puede beneficiarse de nuestro programa de administración de la atención. Podemos ayudarle con varias cosas, como programar citas con el médico y mantener a todos sus proveedores informados sobre la atención que recibe. Para obtener más información, llame al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Hablamos su mismo idioma

If you speak a language other than English, we can provide translated printed materials and language services free of charge, written information in the non-English languages identified as a member's primary language, written information in alternate formats and other axillary aid or services to persons with disabilities. Or we can provide an oral interpreter who can help you understand these materials. You'll find more information about Interpretive Services and Language Assistance in the section called Other Plan Details. Or call Member Services at **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Si usted habla un idioma que no sea inglés, podemos proporcionar materiales impresos traducidos. O podemos proporcionar un intérprete que puede ayudar a entender estos materiales. Encontrará más información acerca de servicios de interpretación y asistencia lingüística en la sección Otros detalles del plan. O llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Emergencias

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

Otros números importantes

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

Si su dirección cambia, comuníquese con la oficina local de Servicios Laborales y Familiares (Job and Family Services, JFS).

Puede comenzar a usar su beneficio de farmacia de inmediato

Los miembros de UnitedHealthcare Community Plan utilizarán Gainwell para procesar reclamaciones de medicamentos con receta y deberán consultar el Manual para Miembros de Gainwell para obtener asistencia. Su plan cubre una extensa lista de medicamentos con receta o fármacos. Los medicamentos cubiertos se muestran en la Lista de medicamentos preferidos (preferred drug list, PDL). Esta lista también se conoce como formulario. Su médico utiliza esta lista o la Lista de medicamentos preferidos para asegurarse de que los medicamentos que usted necesita estén cubiertos por su plan. Gainwell administra su cobertura de medicamentos con receta y puede cubrir otros medicamentos con aprobación previa. Si su medicamento necesita aprobación previa, su proveedor de atención puede solicitarla por usted. Puede encontrar la Lista de medicamentos preferidos (PDL) de su plan en nuestro sitio web, myuhc.com/CommunityPlan. Allí también puede buscar un medicamento por nombre.

Comenzar a surtir sus recetas es fácil. Aquí le mostramos cómo:

1. ¿Sus medicamentos están incluidos en la Lista de medicamentos preferidos?

Si la respuesta es Sí

Si sus medicamentos están incluidos en la Lista de medicamentos preferidos, no hay nada por hacer. Asegúrese de mostrarle a su farmacéutico su nueva tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta sus medicamentos con receta.

Consulte la Lista de medicamentos preferidos en línea en myuhc.com/CommunityPlan. También puede llamar a Servicios para Miembros de Gainwell al **1-833-491-0344**. Estamos aquí para ayudarle.

Si la respuesta es No

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

2. ¿Tiene una receta?

Cuando tenga una receta de su médico o necesite resurtir su receta, vaya a una farmacia de la red. Muestre al farmacéutico su tarjeta de identificación de miembro. Puede encontrar una lista de farmacias de la red en el Directorio de Proveedores en línea en spbm.medicaid.ohio.gov o llamar a Servicios para Miembros de Gainwell al 1-833-491-0344.

3. Si necesita resurtir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos preferidos

Visite una farmacia de la red y muestre su tarjeta de identificación de miembro. Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro, puede mostrarle al farmacéutico la siguiente información. Hable con su médico sobre sus opciones de medicamentos con receta.

Información importante para el farmacéutico

Procese la reclamación de Gainwell de este miembro con los siguientes datos:

N.º de identificación del beneficio: 02451

Número de control del procesador: OHRXPROD

Si recibe un mensaje de que el medicamento del miembro necesita una autorización previa o no está en nuestro formulario, llame a Gainwell al **1-833-491-0344** o visite spbm.medicaid.ohio.gov para obtener más información.

Visitas al médico

Su Médico de Cabecera (PCP)

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

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

Tiene opciones

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

- Médico de familia (también llamado médico general): atiende a niños y adultos
- Médico de medicina interna (también llamado internista): atiende a adultos
- Personal de Enfermería Practicante (Nurse Practitioner, NP): atiende a niños y adultos
- Pediatra: atiende a niños
- Asistente Médico (Physician Assistant, PA): atiende a niños y adultos

¿Qué es un médico de la red?

Los proveedores de la red tienen un contrato con UnitedHealthcare Community Plan para brindarles atención a nuestros miembros. No necesita llamarnos antes de ver a uno de estos proveedores. A veces, los miembros necesitan ver a un tipo de médico muy especializado. Trabajaremos con su médico de cabecera para asegurarnos de que disponga del especialista o servicio cuando lo necesite, durante el tiempo que lo necesite, incluso si el proveedor no es actualmente un proveedor de la red. No hay ningún costo para usted cuando autorizamos la atención o el servicio por adelantado, antes de que consulte al proveedor fuera de la red.

Si visita a un especialista sin que su médico de cabecera le refiera y sin autorización previa de UnitedHealthcare Community Plan, es posible que deba pagar la factura. Siempre trabaje primero con su médico de cabecera para cualquier servicio que necesite.

Bienvenida

Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan

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

Hay 3 maneras de encontrar el médico de cabecera adecuado para usted.

1. Consulte nuestro Directorio de Proveedores impreso. En el Directorio de Proveedores aparecen todos los proveedores de nuestra red. Para solicitar un Directorio de Proveedores impreso, puede llamar a Servicios para Miembros o reenviarnos la tarjeta postal que recibió con sus materiales de nuevo miembro, que incluye su tarjeta de identificación (ID) de miembro.
2. Utilice la herramienta de búsqueda Find-a-Doctor (Buscar un médico) en myuhc.com/CommunityPlan.
3. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**. Podemos responder sus preguntas y ayudarle a encontrar un médico de cabecera en su área.

Su plan cuenta con una red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención de calidad que trabajan juntos para brindarle la mejor atención. Consulte el directorio de proveedores de su plan para obtener una lista de proveedores de la red. Los proveedores pueden cambiar durante el año mientras continuamos creando una red de calidad para usted. Puede encontrar el Directorio de Proveedores más actualizado en myuhc.com/CommunityPlan o en la aplicación de UnitedHealthcare.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor para cualquiera de nuestros servicios o un proveedor que trabaje con nuestros servicios y una segunda compañía de seguros, también puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**. Nos complacerá ayudarle a encontrar un médico de cabecera de la red que se ajuste a sus necesidades. Informe a su defensor de Servicios para Miembros si tiene alguna preferencia de ubicación, idioma o cultura. También puede recibir una copia impresa gratuita del Directorio de Proveedores llamando a Servicios para Miembros.

Una vez que elija un médico de cabecera, llame a Servicios para Miembros e infórmenos. Nos aseguraremos de que sus registros estén actualizados. Si no desea elegir un médico de cabecera, UnitedHealthcare puede elegir uno por usted, según su ubicación e idioma.

Más información sobre los médicos de la red

Para obtener información sobre los médicos de la red, puede visitar myuhc.com/CommunityPlan o llamar a Servicios para Miembros. Podemos brindarle la siguiente información:

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

16 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Chequeos anuales

La importancia de su chequeo anual

Usted no tiene que estar enfermo para visitar a su médico. De hecho, los chequeos anuales con su médico de cabecera pueden ayudarle a mantenerse saludable. Además de controlar su salud general, su médico de cabecera se asegurará de que reciba los exámenes de detección, las pruebas y las vacunas que necesita. Asimismo, si hay un problema de salud, generalmente es mucho más fácil tratarlo cuando se detecta temprano.

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

Para mujeres

- Prueba de Papanicolaou: ayuda a detectar el cáncer de cuello uterino
- Examen de mamas/Mamografía: ayuda a detectar el cáncer de mama

Para hombres

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

Visitas de bienestar del niño

Las visitas de bienestar del niño son un momento en el que su médico de cabecera evalúa el crecimiento y el desarrollo de su hijo. Durante estas visitas, también le harán exámenes necesarios, como pruebas de habla y audición, y se le aplicarán vacunas. Estas visitas de rutina también son un excelente momento para que haga cualquier pregunta que tenga sobre la conducta y el bienestar general de su hijo, incluso aquellas relacionadas con los siguientes temas:

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

A continuación se detallan las vacunas que el médico probablemente le administrará a su hijo y una explicación de cómo lo protegen:

Calendario de chequeos

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

De 3 a 5 días	15 meses
1 mes	18 meses
2 meses	24 meses
4 meses	30 meses
6 meses	Cada año después de los 3 años
9 meses	Chequeos de bienestar del adolescente
12 meses	

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 17
o llame a Servicios para Miembros al 1-800-895-2017, TTY 711.

Bienvenida

- **Hepatitis A y hepatitis B:** previenen dos infecciones frecuentes del hígado
- **Rotavirus:** protege contra un virus que causa diarrea grave
- **Difteria:** previene una peligrosa infección de garganta
- **Tétano:** previene una peligrosa neuropatía
- **Tos ferina:** previene la tos convulsiva
- **HiB:** previene la meningitis infantil
- **Meningocócica:** 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
- **Neumocócica conjugada:** previene las infecciones de oído, las infecciones de la sangre, la neumonía y la meningitis bacteriana
- **HPV:** protege contra un virus de transmisión sexual que puede causar cáncer de cuello uterino en las mujeres y verrugas genitales en los hombres

Cómo programar una cita con su médico de cabecera

Llame directamente al consultorio de su médico. El número debería aparecer en su tarjeta de identificación de miembro. Cuando llame para programar una cita, asegúrese de informarle al personal del consultorio el motivo por el que acudirá. Esto le ayudará a asegurarse de que recibe la atención que necesita, cuando la necesita.

Esta es la rapidez con la que puede esperar ser atendido:

- **Visita de emergencia:** de inmediato o se le envía a un centro de emergencia
- **Visitas de emergencias que no ponen en riesgo la vida:** de inmediato o se le refiere a un centro de emergencias
- **Visita de urgencia (que no es una emergencia):** en el plazo de 1 día o 24 horas
- **Visita de rutina:** en un plazo de 6 semanas
- **Visita preventiva y de bienestar:** en un plazo de 6 semanas

Cómo prepararse para su cita con el médico de cabecera

Antes de la visita

1. Vaya sabiendo lo que quiere obtener de la visita (alivio de los síntomas, referido a un especialista, información específica, etc.).
2. Tome nota de cualquier síntoma nuevo y cuándo comenzó.
3. Haga una lista de los medicamentos o vitaminas que toma habitualmente.

Durante la visita

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

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

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

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

Cuando está enfermo o sufre una lesión, puede ser difícil tomar decisiones sobre su atención de la salud. Quizá no sepa si acudir a la sala de emergencias, ir a un centro de atención de urgencia, programar una cita con un proveedor o practicar cuidado personal. El experimentado personal de enfermería de NurseLine puede ofrecerle información para ayudarle a tomar una decisión.

Bienvenida

Además, pueden ofrecer información y apoyo para muchas situaciones e inquietudes relacionadas con la salud, entre ellas:

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

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

Simplemente llame al número gratuito **1-800-542-8630**, 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 límites respecto de la cantidad de veces que puede llamar.

Si necesita atención y el consultorio de su médico está cerrado

Llame a su médico si necesita atención que no sea de emergencia. El teléfono de su médico se atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Su médico o el médico de guardia le ayudarán a tomar la decisión correcta para su atención.

Es posible que le digan que haga lo siguiente:

- Ir a una clínica que brinde servicio fuera del horario de atención o a un centro de atención de urgencias
- Ir a al consultorio por la mañana
- Ir a la sala de emergencias (emergency room, ER)
- Conseguir un medicamento en su farmacia

20 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Atención de la salud lejos de su hogar

- Si necesita atención de la salud de urgencia cuando está lejos de su hogar, llame a su médico de cabecera o a UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-895-2017**, TTY **711**, para obtener ayuda
- En caso de emergencia, no es necesario que llame primero a su médico de cabecera. Llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.
- Llame a su médico de cabecera después de una visita a la sala de emergencias
- Obtenga atención de seguimiento de su médico de cabecera
- Debe recibir los servicios de atención de la salud de rutina de su médico de cabecera cuando regrese a su hogar
- Los servicios prestados fuera de los Estados Unidos y sus territorios no están cubiertos

Si recibe atención por una emergencia médica mientras está lejos de su hogar, el médico puede enviar las reclamaciones por vía electrónica o a esta dirección:

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

Si está lejos de su hogar y necesita atención que no sea de emergencia, pero no encuentra un proveedor de la red en la zona, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

Hogar médico

¿Qué es un hogar médico?

Un hogar médico es una fuente de atención médica que usa todo el tiempo y en la que usted confía. Si acude siempre al mismo médico o consultorio, ese médico o consultorio es su “hogar médico”.

¿Por qué querría tener un hogar médico?

Tener un hogar médico le facilita la obtención de atención y asesoramiento médicos. Existen varios motivos para que tenga un hogar médico.

- En un hogar médico se dispondrá de sus registros médicos. Esto permite al médico atenderle con mayor rapidez.
- En un hogar médico habrá un registro de cuáles son las vacunas que recibió, las enfermedades que tuvo y los medicamentos con receta que le han dado, así como qué es lo que le funciona mejor
- En un hogar médico sabrán cuáles son sus alergias y otros problemas de salud

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 21
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Bienvenida

- En un hogar médico se sabrá qué comportamiento y condición de salud son normales en usted
- En un hogar médico pueden responder sus preguntas acerca de tratamientos previos

Sugerimos que todos nuestros miembros tengan un hogar médico.

Servicios sin referidos

Puede recibir algunos servicios sin que su médico de cabecera le refiera o le recomiende a otro médico. Estos servicios se llaman servicios sin referidos. Algunos ejemplos de servicios que puede recibir sin que su médico de cabecera le refiera a otro médico son:

- Atención dental
- Atención de la vista
- Servicios de atención de la salud de rutina y preventivos para la mujer prestados por un especialista en salud de la mujer (obstetricia, ginecología, enfermera partera certificada)
- Atención especializada (excepto servicios de especialistas en manejo del dolor y quimioterapia)
- Atención de emergencia
- Servicios prestados por proveedores de planificación familiar certificados (Qualified Family Planning Providers, QFPP)
- Servicios de salud conductual, servicios de salud mental y servicios por consumo de sustancias
- Servicios prestados en centros de salud con certificación federal (Federally Qualified Health Centers, FQHC)/clínicas de salud rurales (Rural Health Clinics, RHC) y servicios de personal de enfermería practicante certificado
- Diálisis
- Radioterapia
- Mamografías

Debe acudir a un proveedor de la red para recibir todos los servicios sin referidos, excepto para la atención de emergencia o para los servicios prestados en centros de salud con certificación federal (FQHC)/clínicas de salud rurales (RHC), proveedores de planificación familiar certificados (QFPP) y centros de tratamiento certificados por el Departamento de Servicios de Salud Mental y Adicciones de Ohio (Ohio Department of Mental Health and Addiction Services, OhioMHAS) que sean proveedores de Medicaid. Los proveedores participantes serían aquellos que figuran en su Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Su Directorio de Proveedores incluirá especialistas como oncólogos, ginecólogos, optometristas, dentistas y psicólogos. Si no ve a su proveedor en la lista, llame a Servicios para Miembros o visite myuhc.com/CommunityPlan para averiguar si su proveedor ahora acepta UnitedHealthcare Community Plan. Para asegurarse de que recibe la mejor atención, informe a su médico de cabecera sobre cualquier visita sin referidos

22 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

a especialistas y otros proveedores. De este modo, su médico de cabecera puede ayudarle a coordinar su atención de la salud. Si visita a un proveedor que no es un proveedor participante de UnitedHealthcare Community Plan, estos servicios pueden requerir una autorización previa.

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 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 tenga una autorización previa aprobada por nosotros. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017** (personas con problemas de audición: **711**). Le ayudaremos. Servicios para Miembros también puede proporcionarle una lista de especialistas, entre ellos un proveedor de atención médica.

Beneficios adicionales para los miembros de la población de Extensión para Adultos

Los servicios institucionales, específicamente los centros de enfermería y los centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (intermediate care facilities for individuals with intellectual disabilities, ICF-IID), están cubiertos para la población de Extensión para Adultos sin límite, cuando son médicamente necesarios.

Servicios en Centros de Enfermería (NF)

Las reglas del Código Administrativo de Ohio (Ohio Administrative Code, OAC) 5160-26-02 y 5160-26-03 permiten que el Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid, ODM) cancele la inscripción de los miembros que lo soliciten. En el caso de las poblaciones existentes de los Programas para familias y niños cubiertos (Covered Families and Children, CFC) y personas de edad avanzada, no videntes o discapacitadas (Aged, Blind and Disabled, ABD), se puede cancelar la inscripción de los miembros de un Plan de atención administrada (Managed Care Plan, MCP) después del segundo mes de estadía continua en un centro de enfermería y se les cubre a través del Programa de pago por servicio (fee-for-service, FFS) cuando se cumplen ciertos requisitos. Sin embargo, no se cancelará la inscripción de los miembros de un Plan de atención administrada de Extensión para Adultos y permanecerán en el programa de atención administrada durante el tiempo que dure cualquier estadía médicamente necesaria en el Centro de Enfermería (Nursing Facility, NF), siempre que sigan siendo elegibles en la categoría de Extensión para Adultos de Medicaid. Admisiones en centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales: si tiene conocimiento de que un miembro de la Extensión para Adultos ha sido admitido en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales, póngase en contacto con el Departamento de Medicaid de Ohio inmediatamente y este trabajará con el Plan de atención administrada para determinar los siguientes pasos para la cobertura.

Bienvenida

Servicios de psicología

No hay límites de beneficios (también conocidos como “límites estrictos”) para los servicios de psicología para adultos; los servicios de psicología médicamente necesarios deben proporcionarse sin límite a todos los miembros de la Extensión para Adultos. Este beneficio se diseñó sin límites estrictos para garantizar el cumplimiento de los requisitos federales de la Ley de Equidad de Adicciones y Paridad de la Salud Mental (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA).

Cómo obtener una segunda opinión

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

Autorizaciones previas

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

Es posible que se necesite una autorización previa

Estos son algunos de los servicios que necesitan autorización previa:

- Admisiones hospitalarias
- Servicios de atención de la salud domiciliaria
- Ciertos procedimientos de diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios, entre ellos, las imágenes por resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI), las angiografías por resonancia magnética (magnetic resonance angiography, MRA), la exploración por tomografía computarizada (computed tomography, CT) y las tomografías por emisión de positrones (positron emission tomography, PET)

Continuidad de la atención si su médico de cabecera abandona la red

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

Servicios de transporte (que no sean de emergencia)

Si necesita un traslado al consultorio de su médico de cabecera o de 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 médico de cabecera, las citas del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC), la farmacia u otros proveedores de atención médica o de salud conductual participantes, como proveedores de servicios de la vista, dentales, de salud mental y por consumo de sustancias. También puede solicitar ayuda para llegar a sus visitas de redeterminación de Medicaid.

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

- El reembolso de millas ahora está disponible para aquellos miembros o su representante que prefieran usar su propio vehículo para viajes a citas médicas. Para solicitar viajes, los miembros deben llamar con 5 días de anticipación.
- Viajes ilimitados para citas de control de embarazo, prenatales, posparto y del Programa para Mujeres, Bebés y Niños; para visitas a la unidad de cuidados intensivos neonatales (Neonatal Intensive Care Unit, NICU), y para visitas de bienestar del niño (menores de 1 año). No se requiere notificación previa. Se permiten viajes a farmacias independientes.

Hospitales y emergencias

Atención de urgencia

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

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

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

Planificar con antelación

Es bueno saber qué clínica de atención de urgencia está más cerca de usted. Puede encontrar una lista de clínicas de atención de urgencia en su Directorio de Proveedores. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Servicios hospitalarios

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

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

Visitas al hospital

Solo debe ir al hospital si necesita atención de emergencia o si su médico le indica que vaya.

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

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

Atención dental de emergencia

Su plan cubre los servicios de atención dental de emergencia que reciba para controlar el dolor, la hemorragia o la infección.

Servicios médicamente necesarios

Son los servicios médicos con las siguientes características:

- Son esenciales para prevenir 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 den lugar a una enfermedad o dolencia de un miembro de UnitedHealthcare Community Plan, o para diagnosticarlas, prevenir su empeoramiento, aliviarlas, corregirlas o curarlas;
- Se proporcionan en un centro adecuado y en un nivel apropiado de atención para el tratamiento de la afección médica de un miembro de UnitedHealthcare Community Plan; y
- Se proporcionan de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica.

Servicios de centros de maternidad independientes en un centro de maternidad independiente. Los miembros deben llamar a Servicios para Miembros para ver si hay algún centro calificado en Ohio.

Los servicios de atención de la salud médicamente necesarios se obtendrán a través de los proveedores de la red de proveedores de la Organización de Atención Administrada, a excepción de los servicios de emergencia.

Si un miembro necesita servicios en un centro de enfermería, debe llamar a Servicios para Miembros para obtener información sobre los proveedores disponibles.

Bienvenida

El beneficio de relevo incluye el alivio temporal y a corto plazo del cuidador principal de una persona menor de 21 años para ayudarle con la preparación de comidas y la asistencia práctica proporcionada durante el relevo o la supervisión del niño. Los servicios pueden ser proporcionados en forma planificada o de emergencia y en el hogar del niño por personas empleadas por proveedores de Medicaid inscritos que sean agencias de atención médica domiciliaria certificadas por Medicare o acreditadas de otro modo. Los servicios de relevo no pueden ser prestados por un familiar legalmente responsable del niño o un cuidador tutelar. Los servicios de relevo no pueden prestarse durante la noche y los proveedores deben estar despiertos durante la prestación de tales servicios. Hay un límite máximo de 24 horas de relevo por mes y no deben exceder las 250 horas por año calendario.

Elegibilidad del miembro para el beneficio de relevo:

- Tiene niños menores de 21 años y es elegible para recibir el Ingreso de Seguro Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)
- Está inscrito en un programa de administración de la atención de una Organización de Atención Administrada (MCO) de Medicaid
- Reside con un cuidador principal informal y no remunerado
- Cumple con un nivel de atención institucional según lo determinado por la Organización de Atención Administrada
- Requiere servicios de enfermería especializada o rehabilitación especializada al menos una vez por semana según lo determinado por la Organización de Atención Administrada
- Ha recibido al menos 14 horas a la semana de servicios de atención médica domiciliaria durante al menos 6 meses consecutivos inmediatamente anteriores a la fecha en que se solicitan los servicios de relevo
- La Organización de Atención Administrada ha determinado que el cuidador principal necesita un alivio temporal del cuidado del niño como resultado de las necesidades de servicios y apoyos a largo plazo o para evitar la colocación en una institución o fuera del hogar

Debe obtener autorización previa para recibir algunos servicios médicamente necesarios. Consulte la página 24 de este manual para obtener más información sobre las autorizaciones previas.

Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos

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

¡No espere!

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

Manual para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

Manual para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

Bienvenida del estado de Ohio

Estimado miembro de UnitedHealthcare Community Plan:

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan. Si tiene problemas para leer o comprender esta información, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes, para obtener ayuda sin costo para usted. Proporcionamos servicios de interpretación y traducción para explicarle esta información en su idioma materno. Podemos hacer imprimir esta información en idiomas distintos del inglés, identificados como el idioma materno del miembro. Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio, y otras ayudas o servicios auxiliares para personas con discapacidades. Si tiene problemas auditivos o visuales, se le puede brindar ayuda especial. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Si tiene una afección de salud que requiere atención médica permanente, llame a Servicios para Miembros lo antes posible. Por ejemplo: Si necesita una cirugía, está embarazada o acude a un especialista, recibe fisioterapia o servicios de atención médica domiciliaria, llame inmediatamente a Servicios para Miembros.

Encontrará adjunto el Manual para Miembros. Su Manual para Miembros le brinda mucha información necesaria que debe saber como miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Es muy importante que lea estos materiales.

La siguiente información le ayudará a obtener servicios de atención de la salud a través de UnitedHealthcare Community Plan:

- Su tarjeta de identificación contiene el nombre y número de teléfono de su médico de cabecera (PCP). Su médico de cabecera tratará la mayoría de sus necesidades de atención de la salud. Si no desea la atención del médico de cabecera que se encuentra en su tarjeta de identificación, debe llamar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan para cambiarlo. Su médico de cabecera debe formar parte de la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan.

Manual para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

- En el Directorio de Proveedores, se mencionan los nombres de los proveedores que forman parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Para la mayoría de los servicios de atención médica, debe visitar a los proveedores que forman parte de la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. El Manual para Miembros explica cómo acceder a los servicios de esos proveedores. También puede llamar a Servicios para miembros a fin de solicitar ayuda.
- Si solicitó un Directorio de Proveedores impreso cuando llamó a la línea directa de Medicaid para seleccionar un plan de atención administrada, también recibirá el directorio en los próximos días. Si no llamó a la línea directa de Medicaid para inscribirse y se le asignó UnitedHealthcare Community Plan, puede solicitar un Directorio de Proveedores impreso. Para ello, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes, o reenvíe la tarjeta postal adjunta. Los miembros también pueden visitar nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan para ver información actualizada de la red de proveedores.

Si no recibió los documentos anteriores o no comprende la información, comuníquese con Servicios para Miembros lo antes posible para recibir ayuda.

Si debe viajar 30 millas o más desde su hogar para recibir servicios cubiertos de atención de la salud, UnitedHealthcare Community Plan le proporcionará el traslado hacia y desde el consultorio del proveedor. Además, le brindaremos el traslado para otras visitas a proveedores como se explica en su Manual para Miembros. Si es miembro, puede llamar al **1-800-895-2017**, TTY **711**, con al menos 48 horas de anticipación, para programar el traslado.

Además de la asistencia para el transporte que proporciona UnitedHealthcare Community Plan, usted puede obtener transporte para ciertos servicios a través del Programa de transporte que no es de emergencia (Non-Emergency Transportation, NET) local del Departamento de Servicios Laborales y Familiares del condado. Llame al Departamento de Servicios Laborales y Familiares de su condado si tiene preguntas o necesita asistencia con los servicios de transporte que no es de emergencia.

Membresía opcional en el Plan de atención administrada

- Miembros de una tribu indígena reconocida a nivel federal, independientemente de la edad
- Personas que reciben servicios de exención basados en el hogar y la comunidad a través del Departamento de Discapacidades del Desarrollo de Ohio

Personas excluidas de la membresía en el Plan de atención administrada

Las siguientes personas no pueden inscribirse en UnitedHealthcare Community Plan:

- Personas con doble elegibilidad para los programas Medicaid y Medicare

Manual para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

- Personas internadas (en un hogar para ancianos y que no sean elegibles en virtud de la categoría de Extensión para Adultos, un centro de atención a largo plazo, un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales o algún otro tipo de institución)
- Personas que reciban servicios de exención de Medicaid y no sean elegibles en virtud de la categoría de Extensión para Adultos

Si cree que usted o su hijo 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, la membresía para un Plan de atención administrada finalizará.

Si tiene preguntas sobre la información anterior u otras preguntas con las que podamos ayudarle, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**. Nos complace tenerle como miembro y esperamos trabajar con usted para lograr una mejor atención de la salud.

Manual 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 (Spanish), tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-895-2017**. TTY **711**.

Nepali – तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंका लागि भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क उपलब्ध छन्। टोल-फ्री नम्बर **1-800-895-2017**, TTY **711** मा फोन गर्नुहोस्।

Somali – Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada kaalmada luuqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Wac lambarka lacag la'aanta lagu waco **1-800-895-2017**. TTY **711**.

Russian – Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться помощью переводчика. Звоните по бесплатному номеру **1-800-895-2017**. TTY **711**.

Arabic – إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فيمكنك الاستعانة بخدمات المساعدة اللغوية المتاحة إليك مجاناً. اتصل برقم: **1-800-895-2017**، والهاتف النصي رقم: **711**.

Si tiene problemas para leer o comprender esta o cualquier otra información de UnitedHealthcare Community Plan, comuníquese con nuestro Servicios para Miembros al número gratuito **1-800-895-2017**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes, para obtener ayuda sin costo para usted. Podemos explicarle la información en inglés o en su idioma materno. Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame gratis al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan. Ahora es miembro de un plan de atención de la salud, también conocido como Plan de atención administrada (MCP). UnitedHealthcare Community Plan proporciona servicios de atención de la salud a residentes de Ohio que son elegibles, incluidas personas con bajos ingresos, personas embarazadas, bebés y niños, adultos mayores y personas con discapacidades. La información proporcionada en este Manual para Miembros pretende ser una guía informativa y de referencia rápida.

UnitedHealthcare Community Plan tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, religión, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de veterano, ascendencia, estado de salud, grado militar, identidad de género, información genética o necesidad de servicios de salud.

Es importante recordar que debe recibir los servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan de centros y proveedores en 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 64 a 72 para obtener información sobre los servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan. Solo puede recurrir a proveedores que no pertenezcan a la red de UnitedHealthcare Community Plan para recibir los siguientes servicios:

- servicios de emergencia
- servicios en centros de salud con certificación federal (FQHC) o clínicas de salud rurales (RHC)
- servicios de proveedores de planificación familiar certificados
- servicios de enfermeras parteras certificadas o personal de enfermería practicante certificado
- servicios prestados por un proveedor fuera de la red que UnitedHealthcare Community Plan haya autorizado

El Directorio de Proveedores enumera todos los proveedores de nuestra red, así como otros proveedores fuera de la red que puede utilizar para recibir servicios. Debería haber recibido una tarjeta postal con la opción de solicitar un Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Para solicitar un Directorio de Proveedores impreso, puede llamar a Servicios para Miembros o reenviarnos la tarjeta postal que recibió con sus materiales de nuevo miembro, que incluye su tarjeta de identificación (ID) de miembro. El Directorio de Proveedores enumera todos los proveedores de nuestra red, así como otros proveedores fuera de la red que puede utilizar para recibir servicios. También puede visitar nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan para ver la información actualizada de la red de proveedores o llamar a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes, para obtener asistencia.

Tarjetas de identificación (ID)

Debe haber recibido una tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Cada miembro de su familia que se haya inscrito en UnitedHealthcare Community Plan recibirá su propia tarjeta. Estas tarjetas reemplazan sus tarjetas mensuales de Medicaid. Las tarjetas tienen vigencia siempre que las personas sean miembros de UnitedHealthcare Community Plan. No recibirá una nueva tarjeta todos los meses como sucedía con la tarjeta de Medicaid.

Si está embarazada, debe informar a UnitedHealthcare Community Plan. También debe llamar cuando nazca su bebé para que podamos enviarle una nueva tarjeta de identificación para su bebé.

Manual para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

Llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan lo antes posible al **1-800-895-2017** o TTY **711** si ocurre lo siguiente:

- Todavía no ha recibido sus tarjetas de identificación, o
- La información de las tarjetas es incorrecta
- Pierde sus tarjetas
- Tiene un bebé

Siempre lleve sus tarjetas de identificación con usted

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

- visite a su médico de cabecera (PCP)
- visite a un especialista u otro proveedor
- acuda a una sala de emergencias
- acuda a un centro de atención de urgencia
- acuda a un hospital por cualquier motivo
- obtenga suministros médicos
- obtenga recetas
- se realice pruebas médicas
- programe traslados

Información para miembros nuevos

Si ya tiene servicios de atención de la salud aprobados o programados, es importante que llame a Servicios para Miembros de inmediato. En ciertas situaciones, y durante un período específico después de inscribirse, es posible que se le permita recibir atención de un proveedor que no forme parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan. **Debe llamar a UnitedHealthcare Community Plan antes de recibir la atención.** Si no nos llama, es posible que no pueda recibir la atención o que no se pague la reclamación. Por ejemplo, debe llamar a Servicios para Miembros si ya tiene los siguientes servicios aprobados o programados:

- Trasplante de órganos, médula ósea o células madre hematopoyéticas
- Atención prenatal (embarazo) del tercer trimestre, incluido el parto
- Cirugía como paciente internado o ambulatorio
- Cita con un proveedor de atención primaria o especialista
- Tratamientos de quimioterapia o radioterapia
- Tratamiento después de recibir el alta hospitalaria en los últimos 30 días

- Servicios dentales o de la vista que no son de rutina (por ejemplo, aparatos ortopédicos o cirugía)
- Equipos médicos (como camas de hospital, sillas de ruedas motorizadas, oxígeno en el hogar y suministros respiratorios, suministros para la incontinencia, nutrición enteral y suministros)
- Servicios que recibe en su hogar, como atención médica domiciliaria, terapias y enfermería

Después de que se haya inscrito, UnitedHealthcare Community Plan le indicará si alguno de sus medicamentos actuales requiere autorización previa que no era necesaria cuando era pagado por Medicaid con pago por servicio. Es muy importante que consulte la información que UnitedHealthcare Community Plan proporciona y que se comunique con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. También puede visitar el sitio web de UnitedHealthcare Community Plan, myuhc.com/CommunityPlan, para averiguar si sus medicamentos requieren autorización previa. Es posible que deba hacer un seguimiento con el consultorio del médico que emite la receta para que presente una solicitud de autorización previa a UnitedHealthcare Community Plan si es necesario. Si sus medicamentos requieren autorización previa, no puede obtenerlos hasta que su proveedor presente una solicitud a UnitedHealthcare Community Plan y esta se apruebe.

Medicamentos con receta

Los miembros de la Organización de Atención Administrada utilizarán Gainwell para procesar reclamaciones de medicamentos con receta y deberán consultar el Manual para Miembros de Gainwell en el Apéndice A de este manual para obtener asistencia.

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 encontrar la causa de muerte (autopsia) o servicios relacionados con estudios forenses
- Servicios de suicidio asistido, definidos como servicios con el fin de causar, o ayudar a causar, la muerte de una persona

Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio está cubierto, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.

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

Según los reglamentos de UnitedHealthcare Community Plan, se realizará una revisión de necesidad médica si corresponde. 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 el caso de una violación denunciada, incesto o para salvar la vida de la madre
- Servicios de biorretroalimentación
- Servicios y procedimientos experimentales, incluidos medicamentos y equipos, que no están cubiertos por Medicaid y no cumplen con los estándares de práctica habituales
- Servicios de infertilidad para hombres o mujeres, incluida la reversión de esterilizaciones voluntarias
- Tratamiento para pacientes internados para dejar de consumir drogas o alcohol (los servicios de desintoxicación para pacientes internados en un hospital general están cubiertos)
- Cirugía plástica o estética que no es 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 determinen que no son médicamente necesarios
- Asesoramiento sexual o matrimonial
- Esterilización voluntaria si es menor de 21 años o no puede otorgar su consentimiento legalmente para el procedimiento

Limitaciones de 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 servicios de su proveedor. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio está cubierto, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.

Servicios de administración de la atención

UnitedHealthcare Community Plan ofrece servicios de administración de atención.

- Si tiene una afección médica crónica, como asma o diabetes, puede beneficiarse de nuestro programa de administración de la atención. El personal de UnitedHealthcare Community Plan, incluidos el personal de enfermería, los administradores de atención y los trabajadores de extensión, puede comunicarse con los miembros si un médico ha solicitado una llamada telefónica, si el miembro solicita la llamada telefónica o si la Organización de Atención Administrada considera que los servicios de administración de atención serían útiles para el miembro. Además, UnitedHealthcare Community Plan proporciona administración de la atención a los miembros que utilizan servicios en una cantidad o frecuencia que exceden la necesidad médica.
- El personal de UnitedHealthcare Community Plan puede hacerle preguntas al miembro para obtener más información sobre sus afecciones.
- El personal de UnitedHealthcare Community Plan proporcionará información para ayudar a los miembros a comprender cómo cuidar de sí mismos y cómo acceder a los servicios (incluidos los recursos locales).
- El personal de UnitedHealthcare Community Plan hablará con el médico de cabecera del miembro y otros proveedores de servicios para coordinar la atención.
- El personal de UnitedHealthcare Community Plan revisará sus antecedentes de salud, sociales y mentales, y se asegurará de que tengamos todo listo. Un equipo de profesionales de enfermería y trabajadores sociales trabajará con usted, su familia, su médico de cabecera, otros profesionales de atención médica y los recursos de la comunidad para diseñar un plan de atención que satisfaga sus necesidades en el entorno más adecuado.
 - Crearemos un plan de atención personalizado sobre la base de sus necesidades individuales
 - Coordinaremos con familiares, cuidadores y proveedores de atención médica
 - Le ayudaremos a asegurarse de que reciba los servicios que pueda necesitar

Los miembros deben llamar al 1-800-508-2581 si tienen alguna pregunta sobre los servicios de administración de la atención o si consideran que se beneficiarían de los servicios de administración de la atención.

Servicios para Miembros

Servicios para Miembros puede ayudarle con sus preguntas o inquietudes, entre lo que se incluye lo siguiente:

- Comprender sus beneficios
- Conocer sus servicios cubiertos
 - Obtener ayuda para encontrar un proveedor
 - Obtener números de teléfono
 - Averiguar horarios de atención
- Acceder a atención o servicios especializados
- Cambiar de médico de cabecera
- Presentar una queja sobre el Plan de atención administrada, sobre los proveedores o por discriminación
- Presentar una queja o apelación
- Acceder a asistencia lingüística
- Si usted habla un idioma diferente al inglés, podemos brindarle materiales impresos traducidos. O bien, podemos proporcionarle un intérprete que pueda ayudarle a comprender estos materiales.
- Los miembros deben llamar a Servicios para Miembros cuando haya un cambio en su información demográfica y para notificar un embarazo.
- Obtener ayuda para encontrar un proveedor
- Presentar una queja sobre UnitedHealthcare Community Plan, proveedores o discriminación

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes, para obtener asistencia.

Servicios de salud conductual, servicios de salud mental y servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias

Tiene a su disposición servicios de salud mental y de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias. Estos servicios incluyen:

- Servicios médicos
- Tratamiento asistido con medicamentos para la adicción
- Pruebas psicológicas
- Servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias que incluyen apoyo para la recuperación entre pares, hospitalización parcial y tratamiento residencial, administración de casos, tratamiento ambulatorio intensivo y control de la abstinencia
- Servicio terapéutico conductual
- Rehabilitación psicosocial
- Tratamiento para el apoyo psiquiátrico comunitario
- Evaluación y valoración de diagnóstico
- Psicoterapia y asesoramiento
- Intervención en caso de crisis
- Servicios del programa de tratamiento con opioides
- Servicios de enfermería para la salud del comportamiento
- Tratamiento para adultos
- Tratamiento asertivo comunitario para adultos
- Servicios móviles de respuesta y estabilización (Mobile Response and Stabilization Services, MRSS)
- Tratamiento intensivo en el hogar para niños o adolescentes

Usted está cubierto

Es importante saber adónde acudir para recibir ayuda cuando sea necesario. Estamos aquí para nuestros miembros. Visite [Liveandworkwell.com](https://www.liveandworkwell.com) para escuchar charlas claras sobre temas de salud mental.

Cómo comunicarse con la línea de crisis de salud conductual disponible las 24 horas

También puede llamarnos si experimenta una crisis. Puede hablar con alguien de inmediato y podemos ayudarle a obtener la atención que necesita. Simplemente llame a nuestra línea de crisis de salud conductual disponible las 24 horas al 877-542-9236. Esta llamada es gratuita. La línea de crisis de salud conductual está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Contamos con servicios gratuitos de intérpretes para personas que no hablan inglés.

Si necesita servicios de salud mental o de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**. También puede encontrar proveedores adicionales de UnitedHealthcare Community Plan en nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan, en nuestro Directorio de Proveedores o llamando a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

OhioRISE

El Programa de Resiliencia a través de Sistemas Integrados y Excelencia de Ohio (Ohio Resilience through Integrated Systems and Excellence, OhioRISE) es un programa de atención administrada para jóvenes con necesidades de salud conductual. OhioRISE tiene como objetivo ampliar el acceso a los servicios en el hogar y comunitarios para garantizar que sus miembros y familias tengan las herramientas que necesitan para dirigir sus interacciones con múltiples sistemas, como la justicia juvenil, la protección infantil, las discapacidades del desarrollo, la salud mental y la adicción, la educación, y otros. Una persona inscrita en el programa OhioRISE también mantendrá su inscripción en la atención administrada para el beneficio para la salud física.

Elegibilidad para OhioRISE:

- Estar inscrito en Ohio Medicaid
- Ser menor de 21 años
- Cumplir con un umbral de necesidades funcionales para la atención de la salud del comportamiento, según la evaluación de Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (Child and Adolescent Needs and Strengths, CANS)

Servicios de OhioRISE:

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

- Coordinación de la atención determinada por la evaluación de Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes
 - Su Organización de Atención Administrada también estará incluida en su administración de la atención

- Tratamiento intensivo en el hogar (Intensive Home-Based Treatment, IHBT)
- Servicios de relevo para salud conductual
- Apoyos integrales
- Centro residencial de tratamiento psiquiátrico (Psychiatric Residential Treatment Facility, PRTF): Disponible a partir de octubre de 2023
- Iniciativa Infantil de Ohio sobre Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (CANS). La Iniciativa Infantil de Ohio sobre Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (CANS) es una herramienta utilizada para determinar su elegibilidad para OhioRISE y para ayudar con su coordinación de la atención. Reúne su historia y la de su familia para comprender sus necesidades y fortalezas, y para ayudarnos a determinar las mejores formas de brindarle ayuda. Su evaluación de Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes de la Iniciativa Infantil de Ohio se actualiza regularmente para ayudarle a planificar su atención continua.

Para obtener más información sobre los servicios de OhioRISE, comuníquese con Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Ohio al 833-711-0773, TTY 711.

Programa de servicios coordinados

UnitedHealthcare Community Plan proporciona administración de la atención a los miembros que utilizan servicios en una cantidad o frecuencia que exceden la necesidad médica. Esto se hace para garantizar que usted reciba una atención de la salud coordinada y de alta calidad. Si es elegido para participar en este programa, se le ofrecerá coordinación de la atención con un administrador de atención. Una vez que se inscriba en el programa, un administrador de atención se comunicará con usted cuando se le haya asignado uno.

Si forma parte del programa, recibirá una carta en la que se le pedirá que elija una farmacia y confirme su médico de cabecera. Si no elige una farmacia en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se envió la carta, UnitedHealthcare Community Plan elegirá una farmacia de la red en función de lo siguiente:

- Lugar al que ha ido antes
- Abierto las 24 horas, si es posible
- Cerca de su hogar

Excepto en una emergencia o para servicios fuera del horario de atención, los miembros del programa de servicios coordinados (coordinated services program, CSP):

- Deben tener una farmacia para surtir sus recetas médicas
- Se los puede asignar a un médico de cabecera que coordinará la atención con otros proveedores

Manual para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

Los miembros pueden solicitar el cambio de farmacia o de médico de cabecera en circunstancias limitadas.

Antes de la fecha de inicio de este programa, recibirá una nueva tarjeta de identificación en la que figurarán su farmacia y su médico de cabecera. Si necesita cambiar la farmacia que figura en su tarjeta de identificación, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**. Las solicitudes de cambios de farmacia se revisarán de forma individual.

Las personas elegidas para el programa recibirán más detalles por correo y serán notificadas sobre su derecho a una audiencia estatal.

Pruebas y vacunas contra el COVID-19

UnitedHealthcare Community Plan cubrirá todas las pruebas, los tratamientos y las vacunas contra el COVID-19 cubiertos por Medicaid sin costo alguno para usted.

Los lugares donde se realizan las pruebas de COVID-19 se pueden encontrar en línea en <https://coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/dashboards/other-resources/testing-ch-centers>.

El Departamento de Salud de Ohio (Ohio Department of Health, ODH) ha desarrollado una herramienta de búsqueda para que los residentes de Ohio puedan encontrar un proveedor de vacunas. Se puede buscar en el directorio por condado y código postal, y muestra los proveedores que actualmente reciben envíos de vacunas contra el COVID-19. Puede obtener información y conocer las ubicaciones de vacunación en <https://vaccine.coronavirus.ohio.gov/> o llamando al número gratuito del Departamento de Salud de Ohio al 833-427-5634.

UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a encontrar una ubicación de pruebas o vacunas en su comunidad. También puede ayudarle con la programación de una cita y el traslado hasta ella. Comuníquese con su plan a través de www.uhccommunityplan.com, o bien, por teléfono a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017** o TTY **711**, o a la Línea de enfermería las 24 horas al 1-800-542-8630 o TTY 1-800-855-2880.

El Departamento de Salud de Ohio ofrece actualizaciones periódicas sobre las fases de elegibilidad para la vacunación en <https://coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/covid-19-vaccination-program>.

Healthchek

Healthchek es el beneficio de evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT) de Ohio. Healthchek cubre exámenes médicos, inmunizaciones (vacunas), educación para la salud y pruebas de laboratorio para miembros menores de 21 años. Estos exámenes aseguran que los niños estén sanos y que se desarrollen física y mentalmente. Las madres deben hacerse exámenes prenatales y los niños deben ser examinados al nacer, a los 3 a 5 días de edad y a los 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses de edad. A partir de entonces, los niños deben hacerse al menos un examen al año.

Healthchek también cubre exámenes médicos, de la vista, dentales, auditivos, nutricionales, de desarrollo y de salud conductual, además de otra atención para tratar problemas o afecciones de naturaleza física, conductual o de otro tipo que se detecten en un examen. Algunas de las pruebas y los servicios de tratamiento pueden requerir autorización previa.

Healthchek está disponible sin costo para los miembros e incluye:

- Chequeos preventivos para recién nacidos, bebés, niños, adolescentes y adultos jóvenes menores de 21 años
- Exámenes de detección de Healthchek:
 - Exámenes médicos (exámenes físicos y de desarrollo)
 - Exámenes de la vista
 - Exámenes dentales
 - Exámenes de audición
 - Controles nutricionales
 - Exámenes de desarrollo
 - Pruebas de detección de plomo
- Pruebas de laboratorio (exámenes adecuados para la edad y el sexo)
- Vacunas
- Atención de seguimiento médicamente necesaria para tratar problemas o cuestiones de salud que se encuentren durante un examen de detección. Esto podría incluir, entre otros servicios, lo siguiente:
 - visitas a un médico de cabecera, especialista, dentista, optometrista y otros proveedores de UnitedHealthcare Community Plan para diagnosticar y tratar los problemas
 - atención hospitalaria para pacientes internados o ambulatorios
 - visitas a una clínica
 - medicamentos con receta
- Educación sobre la salud

Manual para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

Es muy importante que se realice chequeos preventivos y pruebas de detección para que sus proveedores puedan descubrir a tiempo cualquier problema de salud. De este modo, el profesional puede tratarlo o hacer un referido a un especialista para que reciba tratamiento antes de que el problema se agrave. **Recuerde lo siguiente: Algunos servicios pueden requerir un referido de su médico de cabecera o una autorización previa de UnitedHealthcare Community Plan.** Además, para algunos artículos o servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos, su proveedor puede solicitar autorización previa para que UnitedHealthcare Community Plan cubra servicios que tienen límites o que no están cubiertos para miembros mayores de 20 años. Consulte la página 24 para ver qué servicios requieren un referido o una autorización previa.

Como parte de Healthchek, los servicios de administración de la atención están disponibles para todos los miembros menores de 21 años que tengan necesidades especiales de atención de la salud. Consulte la página 39 para obtener más información sobre los servicios de administración de la atención que ofrece UnitedHealthcare Community Plan.

Para obtener los servicios de Healthchek, el miembro puede hacer lo siguiente:

- Llamar a su médico de cabecera y a su dentista a fin de concertar citas para los chequeos regulares (debe asegurarse de solicitar un examen de Healthchek cuando llame al médico de cabecera), o
- Llamar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan si tiene alguna pregunta o necesita asistencia para acceder a la atención, lo que incluye encontrar un proveedor o concertar citas, servicios cubiertos, transporte, autorizaciones previas, referidos a los programas Mujeres, Bebés y Niños (WIC), Help Me Grow y Head Start, a la Oficina de Niños con Discapacidades Médicas (Bureau for Children with Medical Handicaps, BCMH), y a los servicios comunitarios como asistencia alimentaria y para la calefacción, entre otros.

Cómo elegir un médico de cabecera (PCP)

Todos los miembros de UnitedHealthcare Community Plan deben elegir un médico de cabecera (PCP) del Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Su médico de cabecera es un proveedor individual, un grupo de proveedores, un enfermero de práctica avanzada o un grupo de enfermeros de práctica avanzada con formación en obstetricia/ginecología (OB/GYN), medicina familiar (práctica general), medicina interna o pediatría.

Su médico de cabecera trabajará con usted para organizar su atención de la salud. Además, es quien le hará los chequeos, le administrará las vacunas y le atenderá en la mayoría de sus necesidades rutinarias de atención de la salud. Si es necesario, su médico de cabecera le enviará a proveedores, especialistas o le admitirá en el hospital.

Puede comunicarse con su médico de cabecera llamando a su consultorio. El nombre y

el número de teléfono de su médico de cabecera están impresos en su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan.

Cómo cambiar su médico de cabecera

Si desea cambiar de médico de cabecera, primero debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar el cambio. Los miembros pueden cambiar su médico de cabecera mensualmente y en cualquier momento. Los cambios de médico de cabecera dentro del primer mes de membresía entrarán en vigencia en la fecha de la solicitud. Si solicita un cambio de médico de cabecera pasado el primer mes de membresía, el cambio entrará en vigencia a partir del primer día del mes siguiente.

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una nueva tarjeta de identificación para informarle que su médico de cabecera ha cambiado y la fecha en que puede comenzar a ver al nuevo.

Para conocer los nombres de los médicos de cabecera de UnitedHealthcare Community Plan, puede consultar su directorio de proveedores si solicitó una copia impresa, en nuestro sitio web en www.uhc.com/communityplan/ohio/plans/medicaid/community-plan o puede llamar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-895-2017**, TTY **711**. Nos complacerá ayudarle a encontrar un médico de cabecera de la red que se ajuste a sus necesidades.

Telesalud

La telesalud es la prestación directa de atención de la salud mediante audio o video. En lugar de acudir al consultorio para su cita, usted se queda en su hogar u oficina y utiliza su teléfono inteligente, tableta o computadora para ver a los profesionales médicos y de la salud conductual, y hablar con ellos. El uso de la telesalud por parte de los miembros de Medicaid es gratuito y elimina el estrés que supone la necesidad de servicios de transporte.

Los miembros de Medicaid pueden consultar a profesionales médicos y de la salud conductual a través de los servicios de telesalud para abordar muchas enfermedades y lesiones, tratar afecciones frecuentes, realizar citas de seguimiento y exámenes de detección, y obtener recetas de medicamentos.

Pregúntele a su proveedor de atención médica si ofrece servicios de telesalud.

Sus derechos de membresía

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

- Recibir toda la información y los servicios que UnitedHealthcare Community Plan debe proporcionar
- Ser tratado con respeto, y con la consideración que merecen su dignidad y privacidad
- Estar seguro de que la información de sus registros médicos se mantendrá privada
- Recibir información sobre su salud. Esta información también puede estar disponible para otra persona a la que usted haya autorizado legalmente a tener la información o a la que usted haya señalado como persona de contacto en caso de emergencia cuando no sea conveniente para su salud dársela a usted.
- Participar con los proveedores en la toma de decisiones sobre su atención de la salud
- Poder participar en las decisiones sobre su atención de la salud siempre que las decisiones sean lo mejor para usted
- Obtener información sobre cualquier tratamiento de atención médica y que se le proporcione de una manera que pueda comprender
- Estar seguro de que otras personas no pueden escucharle o verle cuando recibe atención médica
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión que se utilice como medio de fuerza, disciplina, mitigación o venganza según lo especificado en las regulaciones federales
- Solicitar, y obtener, una copia de sus registros médicos y pedir que estos se modifiquen o corrijan si es necesario
- Aceptar o rechazar la divulgación de cualquier información sobre usted, a menos que UnitedHealthcare Community Plan deba hacerlo por ley
- Rechazar un tratamiento o una terapia. Si los rechaza, el proveedor o UnitedHealthcare Community Plan deben hablar con usted sobre lo que podría suceder y deben incluir una nota al respecto en sus registros médicos.
- Presentar una apelación, una queja formal (reclamación) o una audiencia estatal. Consulte la página 50 de este manual para obtener más información.
- Obtener toda la información escrita de los miembros de UnitedHealthcare Community Plan:
 - Sin costo alguno para usted
 - En los idiomas predominantes (distintos del inglés) de los miembros del área de servicio de UnitedHealthcare Community Plan
 - A través de servicios de interpretación o traducción
 - En formatos escritos alternativos

- Mediante otras ayudas o servicios auxiliares para personas con discapacidades
- En otras maneras, para responder a las necesidades especiales de los miembros que podrían tener problemas para leer la información por cualquier motivo
- Obtener ayuda sin cargo por parte de UnitedHealthcare Community Plan y sus proveedores si no habla inglés o si necesita ayuda para comprender la información
- Obtener ayuda mediante lenguaje de señas si tiene problemas auditivos
- Ser informado si el proveedor de atención médica es un estudiante y rechazar su atención
- Ser informado sobre cualquier atención experimental y negarse a participar en ella
- Redactar directrices anticipadas (testamento en vida). Consulte la página 80 para obtener más información sobre las Directrices Anticipadas.
- Presentar cualquier queja sobre el incumplimiento de su directriz anticipada ante el Departamento de Salud de Ohio
- Analizar las opciones de tratamiento médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de los beneficios
- Efectuar recomendaciones acerca de los derechos y responsabilidades de los miembros de la organización
- Saber que el Plan de atención administrada revisará y resolverá todas las reclamaciones con la rapidez que requiera la afección de salud del miembro. Las resoluciones de quejas, incluida la notificación a los miembros, deberán cumplir con los siguientes plazos:
 - (a) En un plazo de dos días hábiles a partir de la recepción si la queja se refiere a la imposibilidad de recibir atención médica
 - (b) En un plazo de treinta días calendario para todas las demás quejas, excepto para las quejas que se refieren a la obtención de una factura por la atención que ha recibido
 - (c) En un plazo de sesenta días calendario para las quejas que se refieren a la obtención de una factura por la atención que ha recibido
- Cambiar su médico de cabecera (PCP) por otro dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan; al menos una vez al mes, UnitedHealthcare Community Plan debe enviarle información por escrito en la que se indique quién es el nuevo médico de cabecera en la fecha que ocurra el cambio
- Ser libre de ejercer sus derechos y saber que UnitedHealthcare Community Plan, los proveedores de este o el Departamento de Medicaid de Ohio no utilizarán esto en su contra
- Saber que UnitedHealthcare Community Plan debe cumplir con todas las leyes federales y estatales, y otras leyes vigentes sobre privacidad
- Elegir el proveedor que le brinde atención siempre que sea posible y apropiado

- Si es mujer, acudir a un proveedor de atención médica de mujeres en la red de UnitedHealthcare Community Plan para obtener los servicios de salud de la mujer que se cubren
- Usar cualquier hospital u otro entorno adecuado para servicios de emergencia
- Obtener una segunda opinión de un proveedor calificado de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Si un proveedor calificado no puede atenderle, UnitedHealthcare Community Plan debe programar una visita con un profesional que no pertenezca a nuestra red.
- Obtener información sobre UnitedHealthcare Community Plan de parte nuestra
- Comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio o la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en las direcciones que se indican a continuación para presentar cualquier queja de discriminación por motivos de etnia, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de veterano, información genética, ascendencia, estado de salud o por necesidad de servicios de salud

The Ohio Department of Medicaid
Office of Human Resources, Employee Relations
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709
Correo electrónico del Departamento de Medicaid de Ohio:
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 informar a UnitedHealthcare Community Plan si no está satisfecho o no está de acuerdo con una decisión que tomamos: apelaciones y quejas formales

Si no está satisfecho con UnitedHealthcare Community Plan o con nuestros proveedores, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos, comuníquese con nosotros lo antes posible. Usted, o alguien que quiera hablar en su nombre, puede ponerse en contacto con nosotros. Si desea que una persona hable en su nombre, será necesario que nos informe al respecto. UnitedHealthcare Community Plan quiere ayudarle. Para comunicarse con nosotros, puede hacer lo siguiente:

Manual para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**, o
- Complete el formulario en su Manual para Miembros, o
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una copia impresa, o
- Visite nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan, o
- Escriba una carta para indicarnos el motivo de su disconformidad. Asegúrese de incluir en la carta su nombre y apellido, el número que figura en el anverso de su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan, su dirección, y su número de teléfono para que podamos comunicarnos con usted. Además, debe enviar toda información que ayude a explicar su problema.

Envíe por correo el formulario o su carta a la siguiente dirección:

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

UnitedHealthcare Community Plan le comunicará por escrito si toma alguna de las siguientes decisiones:

- rechazar una solicitud para cubrirle un servicio;
- reducir, suspender o interrumpir los servicios antes de que reciba todos aquellos que fueron aprobados; o
- denegar el pago de un servicio que usted recibió y que no está cubierto por UnitedHealthcare Community Plan.

También le enviaremos información por escrito si no hemos hecho lo siguiente:

- decidir si se cubre un servicio solicitado por usted, o
- darle una respuesta a una queja de disconformidad.

Apelaciones

Si usted no está de acuerdo con la decisión o acción indicada en la carta y se pone en contacto con nosotros **en un plazo de 60 días calendario** para pedir que cambiemos nuestra decisión o acción, habrá presentado una **apelación**. El período de 60 días calendario comienza el día siguiente a la fecha de envío de la carta. Si hemos decidido reducir, suspender o interrumpir los servicios antes de que reciba todos los aprobados, en su carta se le indicará cómo puede seguir recibéndolos si así lo desea y cuándo debería pagarlos.

Manual para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

A menos que le indiquemos una fecha diferente, debemos darle una respuesta a su apelación por escrito dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha en que se comunicó con nosotros. Si no cambiamos nuestra decisión o acción como resultado de su apelación, le notificaremos sobre su derecho a solicitar una audiencia estatal. **Solo puede solicitar una audiencia estatal después de haber pasado por el proceso de apelaciones de UnitedHealthcare Community Plan.**

Quejas

Si se comunica con nosotros porque no está conforme con algo de UnitedHealthcare Community Plan o con nuestros proveedores, habrá presentado una **queja**. UnitedHealthcare Community Plan le dará una respuesta a su queja por teléfono (o por correo si no podemos comunicarnos con usted por teléfono) dentro de los siguientes plazos:

- 2 días hábiles para quejas que se refieren a la imposibilidad de recibir atención médica
- 30 días calendario para todas las demás quejas, excepto para las quejas que se refieren a la obtención de una factura por la atención que ha recibido
- 60 días calendario para las quejas que se refieren a la obtención de una factura por la atención que ha recibido

Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre una apelación o queja, le enviaremos una carta para informarle que debemos tomarnos hasta 14 días calendario más. En esa carta también se explicará por qué necesitamos más tiempo. Si cree que necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre su apelación o queja, también puede pedirnos que nos tomemos hasta 14 días calendario.

También tiene derecho a presentar una queja **en cualquier momento**. Para ello, comuníquese con los siguientes departamentos:

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

Formulario de quejas y apelaciones

Nombre del miembro _____ N.º de identificación _____

Dirección _____

Número de teléfono (hogar) _____ (trabajo) _____

Describa su inquietud en detalle, y utilice los nombres, las fechas, los lugares de servicios, la hora del día y los problemas con los que se encontró. Si corresponde, explique también por qué UnitedHealthcare Community Plan debe considerar el pago de los servicios solicitados que normalmente no se cubren. Envíe por correo postal este formulario completo a la dirección que se indica al final.

(Firma)

(Fecha)

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

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Audiencias estatales

Una audiencia estatal es una reunión con usted o con alguien que quiera que hable en su nombre, un representante del Departamento de Servicios Laborales y Familiares del condado, un representante de UnitedHealthcare Community Plan y un funcionario de audiencias de la Oficina de Audiencias Estatales del Departamento de Servicios Laborales y Familiares de Ohio (Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS). En esta reunión, usted explicará por qué cree que UnitedHealthcare Community Plan no tomó la decisión correcta y UnitedHealthcare Community Plan le explicará los motivos que guiaron nuestra decisión. El funcionario de audiencias escuchará y luego decidirá quién tiene razón basándose en las normas y en la información proporcionada.

UnitedHealthcare Community Plan le notificará su derecho a solicitar una audiencia estatal en los siguientes casos:

- no cambiamos nuestra decisión o acción como resultado de su apelación
- se toma la decisión de proponer la inscripción o continuar la inscripción en el Programa de Servicios Coordinados de UnitedHealthcare Community Plan
- se toma la decisión de denegar su solicitud de cambiar el proveedor del Programa de Servicios Coordinados de UnitedHealthcare Community Plan

Solo puede solicitar una audiencia estatal después de haber pasado por el proceso de apelaciones de UnitedHealthcare Community Plan

Si desea una audiencia estatal, usted o un representante que elija debe solicitarla **en 90 días calendario**. El período de 90 días calendario comienza el día siguiente a la fecha de envío del formulario de audiencia. Si su apelación se refería a una decisión de reducir, suspender o interrumpir los servicios antes de que se reciban todos los servicios aprobados, en la carta se le indicará cómo puede seguir recibiendo los servicios si así lo decide y cuándo debería pagarlos. Si proponemos inscribirle 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 obtener la decisión de la audiencia.

Para solicitar una audiencia:

- puede firmar y enviar el formulario de audiencia estatal a la dirección del número de fax que figura en el formulario
- llame a la Oficina de Audiencias Estatales al 1-866-635-3748
- envíe su solicitud en línea en https://hearings.jfs.ohio.gov/apps/SHARE/#_frmLogin
- envíe su solicitud por correo electrónico a bsh@jfs.ohio.gov

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

Las decisiones de la audiencia estatal generalmente se emiten a más tardar 70 días calendario después de que se recibe la solicitud. Sin embargo, la Organización de Atención Administrada o la Oficina de Audiencias Estatales pueden decidir que la afección de salud cumple con los criterios para una decisión acelerada. Se emitirá una decisión acelerada tan pronto como sea necesario, pero, a más tardar, 3 días hábiles después de recibir 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 función máxima.

Recuperación del patrimonio

Si está internado de forma permanente o tiene más de 55 años cuando recibe los beneficios de Medicaid, el Programa de Recuperación del Patrimonio puede recuperar de su patrimonio los pagos por el costo de la atención que pagó Medicaid. 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 recibió. **La recuperación del patrimonio solo se aplica 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. Tenemos cobertura para emergencias tanto dentro como fuera del condado donde vive. Algunos ejemplos de cuándo se necesitan servicios de emergencia incluyen los siguientes:

- Aborto espontáneo o embarazo con sangrado vaginal
- Ataques cardíacos
- Dolor intenso en el pecho
- Hemorragia grave que no se detiene
- Dificultades graves para respirar
- Posible accidente cerebrovascular
- Salud mental: amenaza de suicidio, homicidio o autolesión; manía o psicosis que necesita atención médica inmediata

Afección médica de emergencia

Por afección médica de emergencia se entiende una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de tal gravedad (incluido dolor intenso) que una persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, podría suponer razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resultaría en un grave peligro para la salud de la persona (o en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del niño por nacer), un deterioro grave de las funciones corporales, o una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo.

Servicios de posestabilización

Los servicios de posestabilización son aquellos servicios cubiertos relacionados con una afección médica de emergencia que un proveedor tratante considera médicamente necesarios después de que se haya estabilizado una afección médica de emergencia con el fin de mantener la afección estabilizada, o en las circunstancias descritas en el Título 42, Sección 422.113, del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R.) (1 de octubre de 2019) para mejorar o curar la afección del miembro.

No es necesario que se comunique con UnitedHealthcare Community Plan para que le demos una confirmación antes de recibir servicios de emergencia. No se requiere una autorización previa para los servicios de emergencia. Si tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias (ER) MÁS CERCANA o a otro centro de atención adecuado.

Si no está seguro de si necesita ir a la sala de emergencias, llame a su médico de cabecera o a los servicios NurseLine las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-800-542-8630 (TTY 1-800-855-2880). Su médico de cabecera o un representante de los servicios NurseLine las 24 horas del día, los 7 días de la semana, pueden hablar con usted sobre su problema médico y aconsejarle sobre lo que debe hacer.

Recuerde, si necesita servicios de emergencia:

- Acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano o a otro centro adecuado. Asegúrese de informar que es miembro de UnitedHealthcare Community Plan y muestre su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan.
- Si el proveedor trata su emergencia y cree que usted necesita otro tipo de atención médica para tratar el problema que causó la emergencia, el profesional debe llamar a UnitedHealthcare Community Plan
- Deberá llamar a su médico de cabecera lo antes posible una vez que la emergencia esté controlada
- Si el hospital le obliga a quedarse, asegúrese de llamar a UnitedHealthcare Community Plan en un plazo de 24 horas

Lesión o enfermedad accidentales (subrogación)

Si un miembro de UnitedHealthcare Community Plan tiene que consultar a un médico por una lesión o enfermedad causada por otra persona o empresa, debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos. Por ejemplo, si resulta herido en un accidente de tránsito, si le muerde un perro o si se cae y se hace daño en una tienda, es posible que otra compañía de seguros tenga que pagar la atención o los servicios que recibió. Cuando llame, indíquenos el nombre de la persona culpable, su compañía de seguros y los nombres de los abogados involucrados.

Otro seguro de salud (Coordinación de beneficios, COB)

Si usted o un miembro de su familia cuentan con un seguro de salud con otra compañía, es muy importante que llame al Departamento de Servicios para Miembros y al asistente social de su condado para informar sobre el seguro. Por ejemplo, si trabaja y tiene seguro de salud o si sus hijos tienen seguro de salud a través de su otro padre o madre, debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros para darnos la información. También es importante llamar a Servicios para Miembros y al asistente social de su condado si ha perdido la cobertura del seguro de salud que había informado anteriormente. No proporcionarnos esta información puede causarle problemas a la hora de recibir atención y con el pago de las facturas médicas.

Aviso de pérdida de seguro (Certificado de cobertura acreditable)

Si pierde la cobertura del seguro de salud, debe recibir un aviso de su antigua compañía de seguros; este aviso se denomina certificado de cobertura acreditable. Este aviso le indica que ya no tiene seguro. Es importante que conserve una copia para sus registros, ya que es posible que le pidan una copia.

Pérdida de la elegibilidad para Medicaid

Es importante que asista a sus citas con el Departamento de Servicios Laborales y Familiares del condado. Si no asiste a una visita o no les proporciona la información que solicitan, puede perder su elegibilidad para Medicaid. Si esto sucediera, se le diría a UnitedHealthcare Community Plan que suspenda su membresía como miembro de Medicaid y usted ya no estaría cubierto por UnitedHealthcare Community Plan.

Renovación automática de la membresía en un Plan de atención administrada

Si pierde su elegibilidad para Medicaid, pero la recupera dentro de los 90 días, se convertirá automáticamente en miembro de UnitedHealthcare Community Plan otra vez.

Finalización de su membresía en un Plan de atención administrada

Como miembro de una Organización de Atención Administrada, tiene derecho a decidir si quiere dejar de ser miembro en determinados momentos del año. Puede elegir terminar su membresía durante los primeros tres meses o durante el mes en el que se abre la inscripción anual. El Departamento de Medicaid de Ohio le enviará información por correo postal para informarle en qué mes se abrirá la inscripción anual. Si vive en un área de inscripción obligatoria, deberá elegir otra Organización de Atención Administrada para cubrir sus servicios de atención de la salud.

Si desea finalizar su membresía durante los primeros tres meses o durante el mes en el que se abre la inscripción, puede llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680; TTY 1-800-292-3572. También puede enviar una solicitud en línea al sitio web de la línea directa de Medicaid en www.ohiomh.com. Si llama antes de los últimos 10 días del mes, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente. Si llama después de este período, su membresía no finalizará hasta el primer día del mes siguiente. Si elige otra Organización de Atención Administrada, esta le enviará información por correo antes de la fecha de inicio de su membresía.

Cómo elegir un nuevo plan

Si está pensando en finalizar su membresía para cambiarse a otra Organización de Atención Administrada (MCO), debe conocer sus opciones, sobre todo si desea conservar sus proveedores actuales. Recuerde que cada Organización de Atención Administrada tiene su propia lista de médicos y hospitales de la red. Además, cada Organización de Atención Administrada tiene información escrita que explica los beneficios que ofrece y las reglas que tiene. Si desea obtener información por escrito o simplemente tiene preguntas sobre una Organización de Atención Administrada a la que está pensando unirse, puede llamar al plan o a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680; TTY 1-800-292-3572. También puede visitar el sitio web de la línea directa de Medicaid, www.ohiomh.com, para encontrar información sobre las Organizaciones de Atención Administrada en su área.

Finalizaciones de membresía con justa causa

A veces, puede haber un motivo especial por el que necesite finalizar su membresía en un plan. Esto se denomina finalización de la membresía "con justa causa". Para solicitar la finalización de la membresía con justa causa, primero debe llamar a UnitedHealthcare Community Plan y darnos la oportunidad de resolver el problema. Si no podemos resolver el problema, puede solicitar una finalización con justa causa en cualquier momento si tiene uno de los siguientes motivos:

1. Usted se muda, su Organización de Atención Administrada actual no está disponible donde vive ahora y necesita atención médica que no sea de emergencia en su nueva área antes de que finalice su membresía en la Organización de Atención Administrada.
2. Su Organización de Atención Administrada actual no cubre un servicio médico que usted necesita debido a objeciones morales o religiosas.
3. Su médico ha dicho que algunos de los servicios clínicos que necesita deben recibirse al mismo tiempo y no todos están en la red de la Organización de Atención Administrada.
4. Le preocupa no estar recibiendo atención de calidad y que los servicios que necesita no estén disponibles a través de 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 el tratamiento de sus necesidades especiales de atención de la salud.
6. El médico de cabecera que usted eligió ya no está en su red de UnitedHealthcare Community Plan y era el único profesional de la red que hablaba su idioma y que estaba situado a una distancia razonable de usted; u otro plan tiene un médico de cabecera en su red que habla su idioma, que está situado a una distancia razonable de usted y que le acepta como paciente.
7. Si cree que permanecer como miembro de su Plan de atención administrada actual es perjudicial y no es lo mejor para usted.

Puede solicitar finalizar su membresía con justa causa 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 un motivo de justa causa. Recibirá una carta por correo en la que se le informará si el Departamento de Medicaid de Ohio finalizará su membresía y la fecha en que finalizaría. Si vive en un área de inscripción obligatoria, tendrá que elegir otro plan para recibir su atención de la salud, a menos que el Departamento de Medicaid de Ohio le indique lo contrario. Si se rechaza su solicitud de justa causa, el Departamento de Medicaid de Ohio le enviará información en la que se explicará su derecho a una audiencia estatal para apelar la decisión.

Aspectos que debe tener en cuenta si finaliza su membresía

Si ha seguido alguno de los pasos anteriores para finalizar su membresía, tenga en cuenta lo siguiente:

- Continúe usando los médicos y otros proveedores de UnitedHealthcare Community Plan hasta el día en que sea miembro de su nuevo plan de salud o hasta que vuelva a tener Medicaid regular
- Si eligió una nueva Organización de Atención Administrada y no ha recibido una tarjeta de identificación de miembro antes del primer día del mes en que se convierte en miembro del nuevo plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros 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 la tarjeta regular de Medicaid y no ha recibido una nueva tarjeta de Medicaid, llame al asistente social de su condado
- Si ha elegido una nueva Organización de Atención Administrada y tiene alguna visita médica programada, llame a su nuevo plan para asegurarse de que estos profesionales estén en la red de proveedores del nuevo plan y de que se realice cualquier trámite necesario. Algunos ejemplos de cuándo debe llamar a su nuevo plan incluyen **cuando tiene una cita para ver a un nuevo médico, si tiene una cirugía, un análisis de sangre o una radiografía programados 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 de Medicaid

Finalizaciones opcionales de la membresía

Tiene la opción de no ser miembro de una Organización de Atención Administrada (MCO) si:

- es miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal, independientemente de su edad
- es una persona que recibe servicios de exención basados en el hogar y la comunidad a través del Departamento de Discapacidades del Desarrollo de Ohio

Manual para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

Si considera que usted o su hijo cumplen con alguno de los criterios anteriores y no desean ser miembros 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 cumple con los criterios anteriores y no desea ser miembro de una Organización de Atención Administrada, su membresía se finalizará.

Exclusiones: personas que no tienen permitido inscribirse en una Organización de Atención Administrada de Medicaid. Es posible que no se le permita inscribirse en una Organización de Atención Administrada (MCO) de Medicaid en los siguientes casos:

- Tiene doble elegibilidad en virtud de los programas Medicaid y Medicare;
 - Está internado (en un hogar para ancianos y no es elegible en virtud de la categoría de Extensión para Adultos, un centro de atención a largo plazo, un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales [ICF-IID] o algún otro tipo de institución); o
 - Recibe servicios de exención de Medicaid y no es elegible en virtud de la categoría de Extensión para Adultos.
- * Si usted es elegible para Medicaid en la categoría de Extensión para Adultos, recibirá sus servicios en un hogar de ancianos a través de la Organización de Atención Administrada. Además, los miembros de la Extensión para Adultos aprobados para los servicios de exención permanecerán en la Organización de Atención Administrada.

Si considera que cumple con alguno de los criterios anteriores 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 cumple con los criterios anteriores, su membresía en la Organización de Atención Administrada se finalizará.

¿Puede UnitedHealthcare Community Plan finalizar mi membresía?

UnitedHealthcare Community Plan puede solicitarle al Departamento de Medicaid de Ohio que cancele su membresía por ciertos motivos. El Departamento de Medicaid de Ohio debe aprobar la solicitud antes de que se pueda finalizar su membresía.

Los motivos por los que UnitedHealthcare Community Plan puede solicitar la finalización de su membresía son los siguientes:

- Fraude o uso indebido de su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan
- Comportamientos disruptivos o poco cooperativos en la medida en que afecten la capacidad de la Organización de Atención Administrada para prestarle servicios a usted o a otros miembros

UnitedHealthcare Community Plan proporciona servicios a nuestros miembros gracias a 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 la siguiente dirección:

Manual para Miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

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.

Puede comunicarse con UnitedHealthcare Community Plan para obtener cualquier otra información que desee, incluso sobre la estructura y el funcionamiento de UnitedHealthcare Community Plan y cómo pagamos a nuestros proveedores. Si desea informarnos sobre aspectos que cree que deberíamos cambiar, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **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 alguno para usted. Que los servicios sean “médicamente necesarios” significa que usted los necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, hable con su médico de cabecera o llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**. También puede iniciar sesión en myuhc.com/CommunityPlan y buscar en “Benefits” (Beneficios) o usar la aplicación de UnitedHealthcare para obtener más información sobre sus beneficios.

Servicio	Cobertura
Acupuntura para tratar ciertas afecciones	Con cobertura para el manejo del dolor de cabeza y el dolor lumbar. Hay un límite de 30 visitas, a menos que sea médicamente necesario.
Servicios para Alergias	Con cobertura
Transporte en ambulancia y camioneta para sillas de ruedas	Con cobertura para situaciones de emergencia tanto dentro como fuera de la red.

Servicio	Cobertura
<p>Servicios de salud conductual, salud mental y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias</p>	<p>Con cobertura; llame a Servicios para Miembros para encontrar un centro/proveedor calificado o refiérase directamente a un centro de salud mental comunitario certificado o centro de tratamiento certificado del Departamento de Servicios de Salud Mental y Adicciones de Ohio (OhioMHAS).</p> <p>Cómo comunicarse con la línea de crisis de salud conductual disponible las 24 horas</p> <p>También puede llamarnos si experimenta una crisis. Puede hablar con alguien de inmediato y podemos ayudarlo a obtener la atención que necesita. Simplemente llame a nuestra línea de crisis de salud conductual disponible las 24 horas al 877-542-9236. Esta llamada es gratuita. La línea de crisis de salud conductual está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Programas de tratamiento con opioides: incluido el tratamiento asistido médicamente (Medically Assisted Treatment, MAT) con Suboxone, buprenorfina y metadona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento asertivo comunitario (Assertive Community Treatment, ACT) para miembros mayores de 18 años • Tratamiento intensivo en el hogar (Intensive Home-Based Treatment, IHBT). Este servicio es para personas menores de 18 años; sin embargo, en algunas circunstancias puede estar disponible para miembros de entre 18 y 21 años. • Tratamiento integral de adicciones, incluidos servicios residenciales y de hospitalización parcial
<p>Servicios de parteras certificadas</p>	<p>Con cobertura</p>
<p>Servicios de personal de enfermería practicante</p>	<p>Con cobertura</p>
<p>Servicios de quimioterapia</p>	<p>Con cobertura</p>

Tabla de servicios de Medicaid

Servicio	Cobertura
Servicios quiroprácticos (espalda)	Con cobertura; 30 visitas por año calendario para miembros menores de 21 años, a menos que sea médicamente necesario. 15 visitas por año calendario para miembros mayores de 21 años.
Servicios dentales	Con cobertura; dos exámenes y dos limpiezas por año calendario, radiografías, empastes, extracciones simples, dentaduras postizas completas y parciales, anestesia general y tratamientos de conducto en dientes anteriores (delanteros). Algunos procedimientos requieren autorización previa.
Servicios de terapia del desarrollo para niños desde el nacimiento hasta los 6 años	Con cobertura; es posible que se requiera autorización previa.
Servicios de diagnóstico (radiografías, análisis de laboratorio)	Con cobertura; pruebas de diagnóstico y análisis de laboratorio cubiertos con el proveedor participante. Algunas pruebas pueden requerir autorización previa.
Equipo médico duradero (por ejemplo, sacaleches, bolsas de almacenamiento de leche materna, ayuda para caminar, presión arterial)	<p>La mayoría del equipo médico duradero de menos de \$500 estará cubierto con una receta para un proveedor participante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aplican exclusiones, consulte la cuadrícula de autorización del equipo médico duradero. Las pelucas no son un servicio cubierto. <ul style="list-style-type: none"> – Dentro de la red: los sacaleches están cubiertos como equipo médico duradero. No se requiere autorización para proveedores de equipo médico duradero dentro de la red. – Fuera de la red: se requiere autorización previa.
Servicios de emergencia	Con cobertura; servicios para tratar un problema médico que usted considera de suficiente gravedad como para que deba ser tratado de inmediato por un médico.
Suministros y servicios de planificación familiar	Con cobertura

Tabla de servicios de Medicaid

Servicio	Cobertura
Servicios en centros de salud con certificación federal (FQHC) o clínicas de salud rurales (RHC).	Con cobertura
Servicios de un centro de maternidad independiente en un centro de maternidad independiente	Llame a Servicios para Miembros para encontrar una clínica calificada en Ohio.
Servicios ginecológicos (OB/GYN)	Con cobertura
Servicios de atención médica domiciliaria	Con cobertura; puede requerir autorización previa.
Atención en centros de cuidados para enfermos terminales	Se requiere autorización previa para servicios de habitación y comida.
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Se requiere autorización previa para admisiones electivas.
Atención de maternidad: prenatal y posparto, incluidos los servicios para embarazos riesgosos	Con cobertura
Servicios de terapia nutricional médica (medical nutrition therapy, MNT)	Con cobertura
Suministros médicos	Con cobertura; puede requerir autorización previa.

Tabla de servicios de Medicaid

Servicio	Cobertura
Servicios en centros de enfermería	El plan cubrirá la estadía de los miembros, a menos que el Departamento de Medicaid de Ohio determine que el miembro regresará a Medicaid con cargo por servicio. Si el miembro necesita servicios de enfermería, debe llamar al plan para obtener información sobre los proveedores disponibles.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Con cobertura
Servicios de farmacia (en virtud del beneficio médico)	Con cobertura
Terapia física y ocupacional	Con cobertura
Examen físico requerido para el empleo o para la participación en programas de capacitación laboral	Con cobertura si el examen no es proporcionado sin cargo por otra fuente.
Servicios médicos	Con cobertura
Servicios de podiatría (pies)	Con cobertura dentro de la red: no se requiere autorización previa para las visitas; ciertos procedimientos pueden requerir autorización previa. Médicos de cabecera Gold Star: no se requiere autorización previa.
Mamografía preventiva, pruebas de detección de cáncer de mama y cáncer de cuello uterino	Con cobertura
Servicios del médico de cabecera	Con cobertura

Tabla de servicios de Medicaid

Servicio	Cobertura
Radiología (imágenes por resonancia magnética, tomografía computarizada y estudios nucleares)	Con cobertura; puede requerir autorización previa.
Diálisis renal (servicios para nefropatía)	Con cobertura
Servicios de relevo	Con cobertura: Requisitos de elegibilidad para los beneficios de relevo El Departamento de Medicaid de Ohio ha establecido reglas para la persona a quien se aplicará el beneficio; entre ellas, se incluyen las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Vivir con su cuidador principal no remunerado en un hogar o apartamento. No estar en cuidado tutelar. • Estar trabajando con un administrador de atención del plan • Necesitar servicios especializados al menos una vez por semana • Haber recibido al menos 14 horas a la semana de servicios de asistencia para la atención médica domiciliaria durante al menos seis meses antes de solicitar servicios de relevo • El servicio es para miembros menores de 21 años que tienen necesidades de atención a largo plazo o de salud conductual • Miembros mayores de 21 años: sin cobertura

Tabla de servicios de Medicaid

Servicio	Cobertura
Servicios de relevo (continuación)	<p>Requisitos de elegibilidad para los beneficios de relevo de salud conductual:</p> <p>El Departamento de Medicaid de Ohio ha establecido reglas para la persona a quien se aplicará el beneficio; entre ellas, se incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesitar al menos 14 horas de servicios de asistencia para la atención médica domiciliaria durante al menos DOS meses consecutivos inmediatamente anteriores a la fecha en que se solicitan los servicios de relevo • El cuidador del miembro necesita un alivio temporal del cuidado del miembro como resultado de las necesidades de servicios y apoyo a largo plazo o de salud conductual del miembro, o para evitar una estadía en el hospital, en una institución o fuera del hogar. • Ser diagnosticado con una alteración emocional grave que resulte en un deterioro funcional • No mostrar síntomas o conductas que indiquen un riesgo inminente de daño a sí mismo o a otros
Prueba de detección de obesidad y asesoramiento	<p>Con cobertura</p>
Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V)	<p>Con cobertura</p>
Vacunas (inmunizaciones)	<p>Con cobertura</p>
Servicios de especialistas	<p>Cubierto dentro de la red en la mayoría de los casos</p>
Servicios del habla y la audición, incluidos audífonos	<p>Con cobertura</p>

Tabla de servicios de Medicaid

Servicio	Cobertura
Servicios de telesalud	Con cobertura; profesionales médicos y de la salud conductual disponibles a través de los servicios de telesalud para abordar muchas enfermedades y lesiones, tratar afecciones frecuentes, realizar citas de seguimiento y exámenes de detección, y obtener recetas de medicamentos.
Servicios para dejar de fumar	<p>Incluye asesoramiento para dejar de fumar y medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para dejar de fumar</p> <p>Línea para dejar de fumar de Ohio</p> <p>Llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669) y hable con un especialista en consumo para que le ayude a dejar el tabaco.</p>
Servicios de la vista (ópticos), incluidos anteojos	Con cobertura; todos los miembros pueden realizarse un examen de la vista cada 12 meses. También pueden elegir entre anteojos con una asignación de hasta \$25 para marcos de tiendas minoristas o una asignación de \$150 para cualquier tipo de lentes de contacto (debe usarse de una sola vez) cada 12 meses.
Exámenes de bienestar del niño (Healthchek) para niños menores de 21 años	Con cobertura; exámenes médicos, de la vista, dentales, auditivos, nutricionales, de desarrollo y de salud conductual, inmunizaciones (vacunas), educación para la salud y pruebas de laboratorio, además de otra atención para tratar problemas o afecciones de naturaleza física, conductual o de otro tipo que se detecten un examen.
Exámenes anuales de bienestar para adultos	Con cobertura

Tabla de servicios de Medicaid

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

Transporte

Si debe viajar 30 millas o más desde su hogar para recibir servicios cubiertos de atención de la salud, UnitedHealthcare Community Plan le proporcionará el traslado hacia y desde el consultorio del proveedor. Llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare al **1-800-895-2017**, TTY **711**, de 7:00 a.m a 7:00 p.m, de lunes a viernes, con 2 días de anticipación (a menos que el transporte sea para un alta hospitalaria) para programar su transporte o para obtener asistencia.

Además de la asistencia para el transporte que proporciona UnitedHealthcare Community Plan, usted puede obtener transporte para ciertos servicios a través del Programa de transporte que no es de emergencia (NET) local del Departamento de Servicios Laborales y Familiares del condado. Llame al Departamento de Servicios Laborales y Familiares de su condado si tiene preguntas o necesita asistencia con los servicios de transporte que no es de emergencia.

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 tiene varios programas y herramientas que pueden ayudarle para mantenerse sano y mantener a su familia saludable, por ejemplo:

- Clases para ayudarle a dejar de fumar
- Clases prenatales y para padres/madres
- Clases de nutrición
- Recordatorios de bienestar

Su proveedor podrá sugerir uno de estos programas para usted. Si desea recibir más información o encontrar un programa cerca de donde vive, hable con su médico de cabecera o llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Herramientas inteligentes para la salud

- Los miembros pueden visitar myuhc.com/CommunityPlan para ayudar a manejar su salud. El sitio le ayuda a mantener una historia clínica. Le enseña cómo trabajar con su médico. También pueden hacer un seguimiento de las visitas futuras.
- **Findhelp.org**: un programa en Internet. El programa ayuda a los miembros a encontrar servicios cerca de donde viven. Encuentre asistencia alimentaria, ayuda para pagar facturas y otros programas de costos gratuitos o reducidos en su código postal.
- Como miembro, o como tutor de un miembro de UnitedHealthcare, usted puede calificar para el servicio Assurance Wireless Lifeline, un teléfono móvil y un plan de servicio, sin costo alguno. Visite <https://www.assurancewireless.com> para solicitar la inscripción u obtener más información sobre los planes de Assurance Wireless Lifeline. Prepárese para disfrutar del apoyo móvil para la salud sin costo alguno para usted.

Beneficios adicionales de UnitedHealthcare

Live and Work Well

Tiene cobertura

Es importante saber adónde acudir para recibir ayuda cuando sea necesario. Estamos aquí para nuestros miembros. Visite [Liveandworkwell.com](https://liveandworkwell.com) para escuchar charlas claras sobre temas de salud mental.

Healthy First Steps™

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

Le ayudaremos a:

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

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

Wellhop

<https://momandbaby.wellhop.com>

Para que la mamá y su bebé se conecten con una comunidad de mamás.

Servicios dentales

- Sin copagos para servicios dentales
- Para mayores de 21 años, un examen adicional por año

Si desea obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Servicios de la vista

- Un examen de los ojos cada año
- Asignación de \$150.00 por año calendario para la compra y el ajuste de lentes de contacto

Si desea obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Transporte

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

- Viajes ilimitados para citas de control del embarazo, prenatales, posparto, del Programa para Mujeres, Bebés y Niños, y visitas a la unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU) y de bienestar para niños 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 con recogida 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 viajes de cuidados críticos, que incluyen diálisis, quimioterapia o radiación, cuidado de heridas, embarazo y abuso de sustancias. (Esto no cuenta para el máximo de 15 viajes de ida y vuelta o 30 viajes de ida).

Si desea obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Asistente habitacional

Proporciona apoyo mediante la evaluación de las necesidades y preferencias de vivienda de los miembros con vivienda inestable, la identificación de opciones de vivienda que reúnan los requisitos y la asistencia con el proceso de solicitud de vivienda.

Si desea obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Beneficios adicionales de UnitedHealthcare

Entrega de comida

- Comidas entregadas después del alta hospitalaria durante un máximo de 14 días para nuestras madres embarazadas

Si desea obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

On My Way

<http://www.uhcOMW.com>

Recurso que ayuda a los miembros a realizar la transición a la vida independiente.

Telesalud

La telesalud es la prestación directa de atención de la salud mediante audio o video. En lugar de acudir al consultorio para su cita, usted se queda en su hogar y utiliza su teléfono inteligente, tableta o computadora para ver y hablar con los profesionales médicos y de la salud conductual. La telesalud es gratuita y elimina el estrés de necesitar los servicios de transporte.

Puede consultar a profesionales médicos y de la salud conductual a través de los servicios de telesalud para abordar muchas enfermedades y lesiones, tratar afecciones frecuentes, realizar citas de seguimiento y pruebas de detección, y obtener recetas de medicamentos.

Pregúnteles a sus proveedores si ofrecen servicios de telesalud.

Si desea obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Aplicación de UnitedHealthcare®

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

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

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

Recompensas saludables

Siempre es mejor prevenir que curar. Este también puede darle excelentes recompensas. Para encontrar información sobre programas que lo recompensan por cumplir con ciertos objetivos de salud, visite www.uhccommunityplan.com/oh y vaya a "Healthy rewards" (Recompensas saludables).

Para ganar regalos importantes para usted o su hijo puede hacer lo siguiente:

- Completar exámenes del niño sano
- Realizarse análisis de laboratorio
- Realizar visitas de atención preventiva y exámenes de detección
- Vacunas

Programa Dr. Health E. Hound®

Estamos orgullosos de nuestra mascota: el Dr. Health E. Hound. El Dr. Health E. Hound tiene como fin ayudarle a enseñar a sus hijos formas divertidas de mantenerse en forma y sanos. Al Dr. Health E. Hound le encanta viajar por todo el estado y conocer a niños de todas las edades. Le gusta entregar folletos, carteles, adhesivos y libros para colorear a fin de que los niños recuerden que deben comer alimentos saludables y hacer ejercicio. También ayuda a que los niños entiendan que ir al médico para realizarse chequeos y recibir vacunas es una forma importante de mantenerse sanos.

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

Otros detalles del plan

Otros detalles del plan

Cómo encontrar un proveedor de la red

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

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

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**. Podemos buscar proveedores de la red para usted. O, si lo desea, podemos enviarle un Directorio de Proveedores por correo.

Directorio de Proveedores

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

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

Puede encontrar el Directorio de Proveedores más actualizado en myuhc.com/CommunityPlan o en la aplicación de UnitedHealthcare. Si desea una copia impresa de nuestro directorio, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**, y le enviaremos una por correo.

¡Gracias por ser un miembro preciado de United Healthcare Community Plan! Si está buscando servicios oftalmológicos u odontológicos, puede encontrar listas de proveedores en:

Proveedores de servicios oftalmológicos: <https://www.marchvisioncare.com/>

Proveedores de servicios odontológicos: myuhc.com

O para encontrar un proveedor de servicios oftalmológicos u odontológicos, llame al **1-800-895-2017**, TTY **711** o visite myuhc.com.

Si recibe una factura por servicios

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

Medicaid Program
UnitedHealthcare Community Plan
9200 Worthington Road, 3rd Floor
Westerville, OH 43082

Conserve una copia de la factura. Revisaremos estas facturas para asegurarnos de que los servicios sean beneficios cubiertos. Si están cubiertos, le pagaremos al proveedor de atención médica de inmediato. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

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 el monto acordado en nuestro contrato con el proveedor.

Directrices Anticipadas

Las directrices anticipadas son un conjunto de pasos por escrito que usted desea que se tomen cuando ya no pueda decidir sobre su atención de la salud. Explican qué cuidados quiere y cuáles no quiere. Debería expresar sus deseos a su médico, familiares y amigos. Estos pasos no cambiarán sus beneficios de atención médica. Algunos ejemplos de directrices anticipadas son:

Testamentos en Vida

Un testamento en vida le indica al médico los tipos de medidas de sostén de la vida que desea o que no desea.

Poder Notarial para atención de la salud

Se trata de un formulario en el que designa a otra persona para que tome las decisiones sobre su salud en su nombre. Solamente se utilizará cuando ya no pueda tomar sus propias decisiones.

Declaración para el Tratamiento de Salud Mental

Una declaración para el tratamiento de la salud mental pone mayor énfasis en la atención de la salud mental. Permite que una persona, mientras es capaz, designe a un apoderado para que tome decisiones en su nombre cuando carezca de la capacidad para tomar una decisión. Además, la declaración puede establecer ciertos deseos con respecto al tratamiento. La persona puede indicar las preferencias de medicamentos y tratamiento, y las preferencias relacionadas con la admisión o retención en un centro.

La declaración para el tratamiento de la salud mental reemplaza un poder notarial permanente para la atención de la salud mental, pero no reemplaza un testamento en vida.

Puede pedirle a su médico más información sobre las directrices anticipadas. También puede encontrar algunos formularios de muestra en:

[Familydoctor.org](https://www.familydoctor.org)

¿Qué tipos de formularios existen?

En virtud de la ley de Ohio, hay cuatro formularios diferentes, o directrices anticipadas, que puede usar. Puede usar un testamento en vida, una declaración para el tratamiento de la salud mental, un poder notarial duradero para atención médica o una orden de no resucitación (Do Not Resuscitate, DNR). Usted completa una directriz anticipada mientras puede actuar por sí mismo. La directriz anticipada permite que su médico y otras personas conozcan sus deseos sobre la atención médica.

Orden de no resucitación

La normativa estatal ofrece un Protocolo para Cuidados de Confort y Detención de Cuidados de Confort desarrollado por el Departamento de Salud de Ohio en el que se incluyen las órdenes de no resucitación (DNR). Una orden de no resucitación es una directriz emitida por un médico o, en determinadas circunstancias, un enfermero practicante certificado o un especialista en enfermería clínica, que identifica a una persona y especifica que no se le debe practicar RCP. El término RCP hace referencia a la reanimación cardiopulmonar o un componente de la reanimación cardiopulmonar, pero no incluye despejar las vías respiratorias de una persona para un fin que no sea un componente de la RCP.

La orden de no resucitación del Protocolo para Cuidados de Confort y Detención de Cuidados de Confort enumera las medidas específicas que los paramédicos, técnicos médicos de emergencia, médicos o el personal de enfermería tomarán cuando atiendan a una persona con esta orden. El protocolo también enumera qué medidas específicas no se tomarán.

Debe hablar con su médico sobre la orden de no resucitación del Protocolo para Cuidados de Confort y Detención de Cuidados de Confort y las opciones del protocolo.

Fraude y abuso

Cualquier persona puede informar casos posibles de fraude o abuso. Si toma conocimiento de un caso de fraude o abuso, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**, para informarlo. Los siguientes son algunos ejemplos de fraude o abuso:

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

También puede escribir al Departamento de Seguros de Ohio (Ohio Department of Insurance, ODI) a:

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

Línea directa para fraude y abuso

También puede informar sospechas de fraude y abuso a UnitedHealthcare Community Plan llamando al número gratuito 1-877-766-3844 y dejando un mensaje detallado. Esto también se ha configurado para que no tenga que dar su nombre.

Recuerde lo siguiente: Nunca entregue su tarjeta de identificación de miembro para que la use otra persona.

Su opinión nos importa

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

- Llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**

- Escribanos a:

UnitedHealthcare Community Plan
9200 Worthington Rd.
Westerville, OH 43082

Junta de Asesoramiento para Miembros

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

¿Quiénes pueden inscribirse?

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

Los participantes pueden hacer lo siguiente:

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

Para obtener información sobre el consejo asesor, comuníquese con:

Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**

Comité de Asesoramiento para Miembros

También tenemos un Comité de Asesoramiento para Miembros que se reúne cada tres meses. Si desea unirse, llame a Servicios para Miembros.

Gestión de la utilización

UnitedHealthcare Community Plan no quiere que usted reciba una atención insuficiente o que no necesite realmente. También queremos asegurarnos de que la atención que recibe sea un beneficio cubierto. Utilizamos la gestión de la utilización (utilization management, UM) para asegurarnos de que recibe la atención adecuada en el momento y el lugar adecuados.

También existen algunos tratamientos y procedimientos que necesitamos revisar antes de que los reciba. Sus proveedores saben cuáles son y se encargarán de avisarnos para que los revisemos. La revisión que hacemos se denomina revisión de la utilización. No recompensamos a nadie por decir que usted no necesita atención. Si tiene preguntas sobre la gestión de la utilización, puede hablar con el personal de Administración de Casos de Medicaid. Nuestro personal de enfermería está disponible de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes, llamando al 1-800-504-9669, TTY 711; hay asistencia lingüística disponible.

Programa de calidad

Nuestro programa de calidad le puede ayudar a mantenerse saludable al trabajar con su médico. El programa de calidad le ayuda a recordar que debe realizarse pruebas y recibir vacunas preventivas. Le enviamos a usted y a sus proveedores recordatorios sobre las pruebas de detección de plomo, las pruebas de Papanicolaou, las mamografías y las vacunas que previenen enfermedades como la poliomielitis, las paperas, el sarampión y la varicela.

UnitedHealthcare Community Plan utiliza los estándares del Conjunto de Datos e Información sobre la Eficiencia de la Atención Médica (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS®) para ayudar a evaluar qué tan bien llevamos a cabo nuestro programa de calidad. El Conjunto de Datos e Información sobre la Eficiencia de la Atención Médica es un conjunto de medidas estándar de desempeño y puntajes que ayuda a las personas a comparar el desempeño de los planes de atención médica administrada. Estudia varias áreas, como atención prenatal y programas de prevención de enfermedades.

UnitedHealthcare Community Plan desea asegurarse de que usted esté satisfecho con los servicios que recibe de su médico y de nosotros. Para lograrlo, observamos los datos de la Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS®). Estas encuestas incluyen preguntas para ver cuán satisfecho está respecto de la atención que recibe. Si recibe una encuesta para miembros por correo, complétela y envíenosla.

UnitedHealthcare Community Plan observa los resultados del Conjunto de Datos e Información sobre la Eficiencia de la Atención Médica, y la Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica. Luego, compartimos los resultados con nuestros proveedores. Trabajamos para asegurarnos de que los servicios que ellos y nosotros le brindamos contribuyan a su atención médica de manera positiva.

Si desea conocer más sobre el programa de calidad, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY 711.

Seguridad y protección contra la discriminación

La seguridad del paciente es muy importante para nosotros. Aunque no dirigimos la atención, queremos asegurarnos de que nuestros miembros reciben atención segura. Hacemos un seguimiento de los asuntos relacionados con la calidad de la atención, desarrollamos guías para promover la atención segura, brindamos información a los miembros sobre la seguridad del paciente, y trabajamos con hospitales, médicos y otros proveedores para mejorar la continuidad y coordinación entre los centros de atención. Si le gustaría recibir más información sobre la seguridad del paciente o los sitios donde puede recibir información, llame a Servicios para Miembros 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, sexo, identidad de género, orientación sexual, discapacidad, origen nacional, grado militar, condición de veterano, ascendencia, información genética, estado de salud o necesidad de servicios de salud en la prestación de servicios de salud. Los proveedores de UnitedHealthcare Community Plan deben respetar la Ley para Estadounidenses con Discapacidades y no pueden discriminar a una persona según la salud o el estado mental, la necesidad de atención de la salud o las enfermedades preexistentes. Si considera que ha sido objeto de cualquier forma de discriminación, llame de inmediato a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY 711.

Pautas sobre prácticas clínicas y nueva tecnología

UnitedHealthcare Community Plan les brinda a nuestros proveedores las pautas clínicas que poseen información sobre la mejor forma de brindar atención para algunas afecciones. Cada pauta clínica es un estándar de atención aceptado en la profesión médica, lo que significa que otros médicos concuerdan con ese enfoque. Queremos mejorar su salud al brindarles a nuestros proveedores información que respalde sus prácticas clínicas conforme a los estándares de atención reconocidos a nivel nacional.

Otros detalles del plan

Si tiene alguna pregunta sobre las pautas clínicas de UnitedHealthcare Community Plan o le gustaría recibir una copia en papel de las pautas sobre prácticas clínicas, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**. También puede encontrar las pautas sobre las prácticas clínicas en nuestro sitio web, myuhc.com/CommunityPlan.

Evaluación de nueva tecnología

Algunas prácticas y tratamientos médicos no han probado ser eficaces todavía. UnitedHealthcare Community Plan examina en todo el país las nuevas prácticas, tratamientos y tecnologías para tomar decisiones sobre las mismas y en qué condiciones pueden utilizarse. Esta información es examinada por un comité integrado por médicos, personal de enfermería, farmacéuticos y expertos invitados de UnitedHealthcare Community Plan, quienes toman la decisión final de cobertura. Si le gustaría recibir más información sobre cómo tomamos decisiones respecto de las nuevas prácticas y tratamientos médicos, llámenos al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Sus responsabilidades de membresía

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, tiene las siguientes responsabilidades:

- Entender cómo funciona UnitedHealthcare Community Plan mediante la lectura de este manual
- Elegir a su médico de cabecera
- Llevar con usted su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan. (Debe mostrar su tarjeta cuando reciba servicios y debe informar si le roban o pierde su tarjeta lo antes posible. También debe informar a UnitedHealthcare Community Plan sobre cualquier otro seguro que pueda tener y debe presentar la información actual del seguro a su médico de cabecera).
- Buscar atención médica según sea necesario
- Llegar a tiempo a todas sus citas
- Informar al consultorio de su médico de cabecera o a cualquier consultorio médico en caso de que necesite reprogramar la cita
- Respetar los derechos y la propiedad de su médico de cabecera, de los otros trabajadores de atención de la salud y de los demás pacientes
- Saber cuándo y cómo tomar su medicamento, y seguir las indicaciones de su médico para el cuidado que usted acordó
- Proporcionar a UnitedHealthcare Community Plan y a sus proveedores de atención médica la información médica correcta y cualquier información necesaria para recibir atención
- Asumir toda la responsabilidad, pensar en las consecuencias de su decisión si rechaza la atención (negarse a recibir un tratamiento) y hacer preguntas si no comprende
- Entender lo mejor posible sus problemas de salud y participar en el desarrollo de tratamientos mutuamente acordados

86 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

- Asegurarse de que su médico de cabecera tenga sus registros médicos completos. (Esto incluye sus registros médicos completos de otros médicos).
- Informar a UnitedHealthcare Community Plan si ha sido admitido en un hospital. (Haga esto en un plazo de 24 horas o lo antes posible).
- Dar su consentimiento para el uso apropiado de su información de salud
- Mantener actualizada su elegibilidad para Medicaid para no perder su membresía en UnitedHealthcare Community Plan

Terminología de atención administrada

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

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

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

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

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

Copago: un monto fijo que un miembro paga por un servicio de atención de la salud cubierto.

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

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME): equipo que puede utilizarse de manera repetida; se utiliza principal y habitualmente para servir propósitos médicos; generalmente no es útil para una persona que no tiene una lesión o enfermedad, y es apropiado para su uso en el hogar.

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

Otros detalles del plan

Afección Médica de Emergencia: significa una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de tal gravedad (incluido dolor intenso) que una persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, podría suponer razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resultaría en un grave peligro para la salud de la persona (o en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del niño por nacer), un deterioro grave de las funciones corporales, o una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo.

Transporte Médico de Emergencia: Transporte en ambulancia de personas enfermas, lesionadas o incapacitadas que requieran atención médica de emergencia.

Emergencia de Salud Mental que No Representa un Riesgo para la Vida: cuando los síntomas se desarrollan por primera vez, pero no son potencialmente mortales, como la ideación suicida sin un plan de implementación, o cuando el miembro está comenzando a mostrar signos de manía o psicosis.

Atención en Sala de Emergencias: examen médico de detección, exploración y evaluación por parte de un médico o, en la medida en que lo permita la legislación vigente, por otro personal apropiado bajo la supervisión de un médico, para determinar si existe una afección médica de emergencia y, en caso afirmativo, el tratamiento asistencial o la intervención quirúrgica de un servicio cubierto por parte de un médico que sean necesarios para aliviar o eliminar la afección médica de emergencia, dentro de la capacidad de servicio de un hospital.

Servicios de Emergencia: servicios cubiertos para pacientes internados, servicios para pacientes ambulatorios o servicios de transporte médico que son proporcionados por un proveedor calificado y son necesarios para evaluar, tratar o estabilizar una afección médica de emergencia. Los proveedores de servicios de emergencia también incluyen médicos u otros profesionales de atención médica o centros de atención de la salud que no tengan una relación laboral o un acuerdo contractual con UnitedHealthcare Community Plan.

Servicios Excluidos: servicios de salud que UnitedHealthcare Community Plan no paga ni cubre.

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

Queja: la expresión de insatisfacción de un miembro sobre cualquier asunto que no sea una determinación adversa del beneficio. Las quejas pueden incluir, entre otros aspectos, la calidad de la atención o los servicios prestados, y aspectos de las relaciones interpersonales como la descortesía de un proveedor o empleado, o el incumplimiento de los derechos del miembro, independientemente de que se solicite o no una acción de reparación. Las quejas incluyen el derecho de los miembros a disputar una extensión de tiempo propuesta por una Entidad de Atención Administrada (Managed Care Entity, MCE) 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 basados en el hogar y la comunidad.

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

Seguro de Salud: un contrato que requiere que UnitedHealthcare Community Plan pague algunos o todos sus costos de atención de la salud a cambio de una prima.

Atención de la Salud en el Hogar: servicios que incluyen enfermería de atención médica domiciliaria, servicios de asistencia para la atención médica domiciliaria y terapias especializadas.

Servicios para Pacientes Terminales: una agencia pública, una organización privada o una subdivisión de cualquiera de ellas, sujeta a las condiciones de participación de conformidad con el Título 42, Sección 418, del Código de Reglamentaciones Federales (1 de octubre de 2017), que está autorizada en el estado de Ohio y aprobada por el Departamento de Medicaid de Ohio para participar en la prestación de atención a personas con enfermedades terminales. (5160-56-01 [V]).

Hospitalización: atención en un hospital que requiere admisión como paciente internado.

Atención Hospitalaria de Pacientes Ambulatorios: tratamientos o servicios de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación o paliativos prestados por un médico o bajo su dirección, que son proporcionados a un paciente por un hospital.

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

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

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

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

Dentro de la Red: médicos, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que tienen un arreglo con UnitedHealthcare Community Plan para ofrecer servicios de atención de la salud a los miembros.

Otros detalles del plan

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

Medicamento Necesario: criterios de cobertura para procedimientos, artículos o servicios que prevengan, diagnostiquen, evalúen o traten una afección de salud adversa, como una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas, una disfunción emocional o conductual, un déficit intelectual, un deterioro cognitivo o una discapacidad del desarrollo, y sin los cuales se puede esperar que la persona sufra una morbilidad prolongada, mayor o nueva; un deterioro del desempeño; una disfunción de un órgano o parte del cuerpo; o un dolor y malestar significativos.

Miembro: una persona elegible inscrita con UnitedHealthcare Community Plan en los programas Medicaid o DHCP.

Red: los proveedores contratados de UnitedHealthcare Community Plan que están disponibles para sus miembros.

Proveedor No Participante: cualquier proveedor con un acuerdo de proveedor del Departamento de Medicaid de Ohio que no tenga contrato con UnitedHealthcare Community Plan, pero que preste servicios de atención de la salud a sus miembros.

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 ofrecer servicios de atención de la salud a los miembros.

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

Proveedor Participante: cualquier proveedor, grupo de proveedores o entidad que tenga un contrato de proveedor de la red con UnitedHealthcare Community Plan de acuerdo con la norma 5160-26-05 del Código Administrativo y reciba fondos de Medicaid directa o indirectamente para solicitar, referir o prestar servicios cubiertos como resultado del acuerdo de proveedor con UnitedHealthcare Community Plan o un contrato con el Departamento de Medicaid de Ohio.

Servicios Médicos: (L) “profesional de los servicios médicos” hace referencia a los médicos, podólogos, dentistas, especialistas en enfermería clínica, enfermeros parteros certificados, enfermeros profesionales certificados o asistentes médicos. (5160-2-02[L]).

Plan: (S) “Organización de Atención Administrada (MCO)” o “Plan de atención administrada (MCP)” hace referencia a una corporación aseguradora de salud (health insuring corporation, HIC) con licencia en el estado de Ohio que celebra un acuerdo de proveedor de atención administrada con el Departamento de Medicaid de Ohio. (5160-26-01[S]).

Servicios de Posestabilización: servicios cubiertos relacionados con una afección médica de emergencia que un proveedor tratante considera médicamente necesarios después de que se haya estabilizado una afección médica de emergencia con el fin de mantener la afección estabilizada, o en las circunstancias descritas en el Título 42, Sección 422.113, del Código de Reglamentaciones Federales, para mejorar o curar la afección del miembro.

Autorización Previa: una decisión de UnitedHealthcare Community Plan de que un servicio de atención de la salud, un plan de tratamiento o un equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces se denomina autorización previa, aprobación previa o precertificación. Su seguro o plan de salud pueden exigir una autorización previa para determinados servicios antes de que los reciba, excepto en caso de emergencia.

Prima: el término “Prima” hace referencia el monto de pago mensual por miembro al que la Organización de Atención Administrada tiene derecho como compensación por cumplir con sus obligaciones de acuerdo con el Capítulo 5160-26 del Código Administrativo o con el acuerdo del proveedor con el Departamento de Medicaid de Ohio. (516026-01[NN]).

Cobertura de Medicamentos con Receta: medicamentos cubiertos por el Administrador Único de Beneficio de Farmacia (Single Pharmacy Benefit Manager, SPBM) que se entregan a los miembros para su uso en una residencia de pacientes, incluidos los centros de enfermería o los centros 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, recetadas por un médico u otro profesional autorizado de las artes curativas dentro del alcance de esta práctica profesional según lo definen y limitan las leyes federales y estatales; que son dispensadas por farmacéuticos con licencia y profesionales autorizados con licencia de acuerdo con la Ley Estatal de Práctica Médica, y son entregadas por el farmacéutico o profesional con licencia con una receta escrita que se asienta y se mantiene en los registros del farmacéutico o del profesional.

Médico o Médico de Cabecera (PCP): un médico personal (Doctor en Medicina o Doctor en Osteopatía), un consultorio médico, un enfermero registrado de práctica avanzada según se define en la sección 4723.01 del Código Revisado de Ohio, un consultorio de enfermería de práctica avanzada dentro de una especialidad aceptable o un asistente médico que cumple con los requisitos de la norma 5160-4-03 del Código Administrativo de Ohio que tiene un contrato con UnitedHealthcare Community Plan u OhioRISE Plan para prestar servicios según se especifica en la norma 5160-26-03.1 del Código Administrativo de Ohio.

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

Otros detalles del plan

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

Proveedor: un hospital, un centro de atención de la salud, un médico, un dentista, una farmacia o una persona o entidad apropiada con licencia o certificación que tenga autorización o derecho a recibir un reembolso por los servicios relacionados con la atención de la salud prestados a los miembros de UnitedHealthcare Community Plan u OhioRISE Plan.

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

Servicios y Dispositivos de Rehabilitación: tareas específicas que, de acuerdo con el Título 47 del Código Revisado de Ohio, deben ser proporcionadas directamente por personal técnico o profesional de atención de la salud con licencia u otra certificación adecuada.

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

Atención de Enfermería Especializada: tareas específicas que, de acuerdo con el Capítulo 4723 del Código Revisado de Ohio, deben ser proporcionadas por personal de enfermería autorizado (Licensed Practical Nurse, LPN), por personal de enfermería registrado o bajo su dirección.

Especialista: un médico especialista se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones. Un especialista no médico es un proveedor que tiene más formación en un área específica de la atención de la salud.

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

Atención de Urgencia: atención para una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

WIC: programa complementario de nutrición para mujeres, bebés y niños que provee asesoramiento sobre nutrición, educación sobre nutrición y alimentos nutritivos a mujeres embarazadas y en etapa de posparto, a bebés, y a niños hasta los 2 años de edad. Los niños que se consideran desnutridos tienen cobertura hasta los 5 años si son de una familia con bajos ingresos y se determina que, desde el punto de vista nutricional, están en riesgo.

Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

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

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

La información médica es información sobre su salud o servicios de atención de la salud. Tenemos derecho a cambiar nuestras políticas de privacidad para manejar la información médica. Si las cambiamos, se lo notificaremos por correo postal o electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com). Le notificaremos si ocurre una filtración de su información médica. Recopilamos y conservamos su información médica para poder realizar nuestras operaciones comerciales. La información médica puede ser verbal, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a su información médica a empleados y proveedores de servicios. Mantenemos salvaguardas para proteger su información médica.

Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

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

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información médica para ciertos propósitos.

Esto es necesario para su tratamiento, para el pago de su atención y para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos usar o compartir su información médica de la siguiente forma:

- **Para Recibir un Pago.** Podemos recopilar, usar o compartir su información médica para procesar pagos de primas y reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para Tratamiento o Administración de la Atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica con sus proveedores para ayudar con su atención.
- **Para Operaciones de Atención de la Salud.** Podemos recomendar un programa de bienestar o manejo de enfermedades. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 93
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY 711.

Otros detalles del plan

- **Para Proveerle Información acerca de Programas o Productos Relacionados con la Salud.** Podemos proveerle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los Patrocinadores del Plan.** Podemos proporcionar información acerca de inscripciones, desafiliaciones y un resumen de su información médica a su empleador. Podemos proporcionarle otra información médica si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para Propósitos de Suscripción.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información médica genética para propósitos de suscripción.
- **Para Recordatorios sobre Beneficios o Atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios para la salud.
- **Para Comunicaciones con Usted.** Podemos usar el número de teléfono o el correo electrónico que nos proporcionó para comunicarnos con usted sobre sus beneficios, atención de la salud o pagos.

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

- **Según sea Requerido por Ley.**
- **A las Personas que Participan en su Atención.** Puede ser un familiar en una emergencia. Esto podría suceder si usted no puede aceptar u objetar la atención. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información médica como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Esto podría realizarse para evitar el brote de enfermedades.
- **Para Reportar Víctimas de Abuso, Abandono o Violencia Doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información médica. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia autorizada por ley a recibir la información médica. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para Hacer Cumplir la Ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Para Evitar Amenazas a la Salud o a la Seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una Emergencia o un desastre natural.
- **Para las Funciones del Gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.

- **Para Indemnización de los Trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para Investigación.** Para estudiar enfermedades o incapacidades.
- **Para Proporcionar Información acerca de Defunciones.** Puede ser para el médico forense o el inspector médico. Para identificar a un difunto, determinar la causa de fallecimiento, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información médica a los directivos de las funerarias.
- **Para Trasplantes de Órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las Instituciones Penitenciarias o de Aplicación de la Ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionarles atención de la salud; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para Nuestros Socios Comerciales** en caso de que sea necesario para que le brinden sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información médica. No se les permite usar la información médica, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información médica que se enumera a continuación. Cumpliremos leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Abuso de alcohol y sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso o abandono de niños o adultos, incluido el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Medicamentos recetados
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

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

Otros detalles del plan

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información para tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Pedir comunicaciones de información confidencial** de una forma diferente o a un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla de correo en lugar de a su hogar. Aceptaremos su solicitud según lo permitan las leyes estatales y federales. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerlo por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación.
- **Ver u obtener una copia** de cierta información médica. Deberá presentar la solicitud por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. Puede pedir que se envíe su registro a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si cree que la información médica sobre usted es errónea o está incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá presentar la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que se solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información médica.
- **Recibir un resumen** de la divulgación de su información médica durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá ninguna información médica compartida por los siguientes motivos: (i) para tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia en papel de este aviso.** Puede pedir una copia en papel en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com).
- **Solicitar que corrijamos o modifiquemos** su información médica. Según dónde viva, también puede solicitarnos que eliminemos su información médica. Si no podemos hacerlo, se lo informaremos. Si no podemos hacerlo, puede escribirnos e indicar por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo usar sus derechos

- **Para Comunicarse con su Plan de Salud. Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.** O puede comunicarse con el Centro de Atención de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY/RTT **711**.

96 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

- **Para Presentar una Solicitud por Escrito.** Envíela por correo postal a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300, P.O. Box 1459, Minneapolis MN 55440
- **Plazo.** Responderemos a su solicitud telefónica o por escrito en un plazo de 30 días.
- **Para Presentar una Queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una queja a la dirección mencionada anteriormente.

También puede notificarle al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services). No tomaremos ninguna Medida en su contra si presenta una queja.

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

Aviso de Privacidad de la Información Financiera

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

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

Información que recopilamos

- Obtenemos información financiera personal a partir de sus solicitudes o formularios. Esto podría incluir nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera personal a partir de sus transacciones con nosotros u otros. Puede ser información sobre el pago de primas.

Divulgación de la información financiera personal

Solo compartiremos información financiera personal según lo permita la ley.

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

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

Confidencialidad y seguridad

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

Preguntas sobre este aviso

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

² Para los propósitos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie 1, desde la última página de Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of ME, Inc.; Healthplex of NC, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Management, LLC; Life Print Health, Inc.; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Global Solutions (India) Private Limited; Optum Health Care Solutions, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Arizona, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators of Texas, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; U.S. Behavioral Health Plan, California; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; y USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solo tiene vigencia donde se requiere por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros de atención de la salud en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros Planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Esta lista de planes de salud está completa a partir de la fecha de entrada en vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

Aviso de Derechos Civiles

La discriminación es ilegal. UnitedHealthcare Community Plan of Ohio cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por ninguno de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Nacionalidad
- Condición de veterano
- Religión
- Información genética
- Edad
- Discapacidad (incluida la discapacidad física o mental)
- Ascendencia
- Ideología política
- Estado de asistencia pública
- Afecciones médicas
- Sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)
- Orientación sexual
- Estado de salud (incluida la necesidad de servicios de salud)

UnitedHealthcare Community Plan of Ohio proporciona ayuda y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:

- Intérpretes de lenguaje de señas estadounidense calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y demás formatos)

UnitedHealthcare Community Plan of Ohio ofrece servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Tiene derecho a presentar un reclamo por discriminación si cree que **UnitedHealthcare Community Plan of Ohio** le trató de manera discriminatoria. Puede presentar un reclamo y solicitar ayuda para presentar un reclamo en persona o por correo postal, teléfono, fax o correo electrónico a la siguiente dirección:

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

Envíe un correo electrónico a UHC_Civil_Rights@uhc.com

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

En línea: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

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

Por teléfono: **1-800-368-1019** (TDD: **1-800-537-7697**)

Los formularios de reclamos están disponibles en <https://www.hhs.gov/sites/default/files/civil-rights-complaint-form-0945-0002-exp-07312019.pdf>.

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. If you need help, please call the toll-free number on your member identification card.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia de idiomas están disponibles para usted sin cargo. Si necesita ayuda, llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Ukrainian: УВАГА! Якщо ви говорите українською мовою, ви можете скористатися безкоштовними послугами перекладача. Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте за безкоштовним номером, вказаним у вашій ідентифікаційній картці учасника.

Haitian Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen 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.

Nepali: ध्यान दिनुहोस: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंका लागि भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। कृपया तपाईंलाई मद्दत चाहिएमा तपाईंको सदस्यता परिचय कार्डमा भएको टोल-फ्री नम्बरमा फोन गर्नुहोस्।

Arabic: تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فنتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل على الرقم المجاني أعلاه. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يُرجى الاتصال بالرقم المجاني المدوّن على بطاقة تعريف العضو الخاصة بك.

Russian: Внимание! Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться помощью переводчика. Если Вам нужна помощь, позвоните по номеру телефона для бесплатных звонков, указанному на Вашей идентификационной карточке участника.

Somali: OGSOONOW: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada kaalmada luuqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Haddii aad u baahan tahay caawimaad, fadlan wac lambarka sida bilaashka loo waco ee ku yaala kaarkaaga aqoonsiga xubinnimo.

French: ATTENTION : si vous parlez français, vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuite. Si vous avez besoin d'aide, veuillez composer le numéro gratuit figurant sur votre carte de membre.

Kinyarwanda (Burundi): ICYITONDERWA: Niba uvuga Ikinyarwanda, serivisi z'ubufasha mu by'indimi zirahari ku buntu. Niba ukeneye ubufasha, hamagara nimero itishyurwa iri ku karita yawe iranga umunyamuryango.

Swahili: TAZAMA: : Ikiwa unasungumza Kiswahili, huduma za usaidizi kuhusu lugha, bila malipo, zinapatikana kwa ajili yako. Ikiwa unahitaji msada, tafadhali piga simu bila malipo kwa nambari iliyo kwenye kitambulisho chako cha mshiriki.

Uzbek: DIQQAT: Agar ingliz tilida soʻzlasangiz, til masalasida yordam beradigan bepul xizmatlar mavjud. Agar yordam zarur boʻlsa, aʼzo identifikatsiya kartasidagi bepul raqamga telefon qiling.

Pashto: پاملرنه: که تاسو په پښتو ژبه خبرې کوئ، د ژبې د مرستې خدمتونه، په وړیا توگه، تاسو لپاره شتون لري. که تاسو مرستې ته اړتیا لرئ، مهرباني وکړئ خپل د غړی پیژندنې کارت کې ورکړل شوې وړیا شمیرې ته زنگ ووهئ.

Turkish: DİKKAT: İngilizce konuşuyorsanız, size ücretsiz dil yardımı hizmetleri sunulabilir. Yardıma ihtiyaç duyarsanız, lütfen üye kimlik kartınızdaki ücret telefon numarasını arayın.

Dari: توجه: اگر شما به لسان دری صحبت میکنید، خدمات اسیستانت لسان به قسم رایگان در دسترس تان قرار میگیرد. اگر به کمک ضرورت پیدا کردید، لطفاً به نمبر رایگان مندرج در کارت هویت اعضا به تماس شوید.

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi số miễn cước trên thẻ nhận dạng hội viên của quý vị.

Apéndice A

Administrador único del beneficio de farmacia (SPBM) de Ohio

1. Índice del Manual para Miembros

1.1 Identidad Corporativa

Gainwell Technologies es una empresa con más de 50 años de experiencia comprobada y una reputación de excelencia de servicio y experiencia incomparable. Gainwell no opera bajo ningún otro nombre comercial. En Gainwell, todo lo que hacemos se centra en las personas.

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

Ahora es miembro de nuestro Administrador Único de Beneficios de Farmacia (SPBM). Aquí en Gainwell, creemos que usted merece servicios de farmacia de calidad y debe recibir los servicios más actualizados que podamos brindarle.

En Línea: <https://spbm.medicaid.ohio.gov>

Correo Electrónico: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com

Si sospecha de fraude a proveedores o consumidores, comuníquese con nuestra línea gratuita de consejos sobre fraude, despilfarro y abuso al **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**), y seleccione la opción para informar inquietudes sobre fraude, despilfarro y abuso.

1.2 Servicios Disponibles

Gainwell cubre todos los medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) y con receta medicamente necesarios cubiertos por Medicaid. Utilizamos una Lista de medicamentos preferidos (PDL), que es una lista de medicamentos que preferimos que su proveedor le recete. Es posible que le solicitemos al médico que emite la receta que presente una solicitud de autorización previa, que es cuando este médico nos proporciona información adicional que explica por qué se puede requerir un medicamento específico o una determinada dosis o cantidad de un medicamento.

Otros detalles del plan

Los siguientes servicios están disponibles para usted 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

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

- En la pestaña Medicaid Information (Información de Medicaid) en:
<https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- Al iniciar sesión en su portal para miembros de Gainwell en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- En el sitio web de farmacias del Departamento de Medicaid de Ohio en:
<https://pharmacy.medicaid.ohio.gov/unified-pdl>
- Puede solicitar una copia impresa llamando a Servicios para Miembros al **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**)

1.2.2 Autorizaciones Previas

Es posible que el médico que emite la receta deba presentar una solicitud de autorización previa para ciertos medicamentos. El médico que emite la receta enviará estas solicitudes a través de muchas rutas diferentes (teléfono, fax, correo o portal web) para garantizar una revisión rápida y eficiente de su medicamento. En estas circunstancias, su proveedor enviará una solicitud de autorización al equipo de Servicios de Farmacia de Gainwell, donde se completará una revisión clínica del medicamento que solicita el médico que emite la receta. El equipo de Servicios de Farmacia de Gainwell trabajará en estrecha colaboración con el médico que emite la receta para proporcionar la mejor decisión clínica. Recibirá una carta por correo postal 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 nuestra decisión.

Tiene la opción de llamar a Servicios para Miembros al número gratuito **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) para obtener información sobre la Lista de medicamentos preferidos, para conocer los medicamentos que pueden requerir autorización previa o para hacer cualquier pregunta que pueda tener relacionada con los medicamentos. La Lista de medicamentos preferidos y una lista de medicamentos que requieren autorización previa están disponibles para que pueda acceder a estas en línea, en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>. Es importante que usted o el médico que

emite la receta consulten la Lista de medicamentos preferidos o la lista de medicamentos que requieren autorización previa cada vez que tengan preguntas, ya que estos son documentos que pueden cambiar.

1.2.3 Estrategias de Administración de la Utilización de Farmacia

La Lista de medicamentos preferidos se utilizará con cada revisión de autorización previa que complete el equipo de Servicios de Farmacia de Gainwell. Cuando se requiere una autorización previa, Gainwell debe aprobar la solicitud del médico que emite la receta antes de que usted pueda surtir su medicamento en su farmacia preferida dentro de la red. Es posible que se requiera una autorización previa si ocurre lo siguiente:

- Hay un medicamento genérico o alternativo de farmacia disponible.
- El medicamento solicitado puede usarse de manera indebida o excesiva.
- Se deben probar primero otros medicamentos.
- Se han excedido los límites de cantidad para el medicamento solicitado.
- El medicamento que su proveedor le ha recetado no está incluido en la Lista de medicamentos preferidos.

La Lista de medicamentos preferidos generalmente incluye múltiples opciones de medicamentos para tratar una afección en particular. Estos diferentes medicamentos se denominan medicamentos “alternativos” y son tan eficaces como otros medicamentos sin efectos secundarios ni problemas de salud adicionales.

Los motivos específicos por los que es posible que el médico que emite la receta deba presentar una solicitud de autorización previa incluyen los siguientes:

Terapia Escalonada: en algunos casos, nuestro plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica.

Sustitución Genérica: aquí es donde una farmacia deberá proporcionar un medicamento genérico en lugar de un medicamento de marca cuando esté disponible. Los medicamentos genéricos son tan seguros y eficaces como los medicamentos de marca y deben recetarse primero.

Intercambio Terapéutico: aquí es donde usted no puede tomar un medicamento por motivos como alergia, intolerancia, etc., un medicamento podría no funcionar para usted y el médico que emite la receta puede recetarle un medicamento que no está en la lista de medicamentos aprobados.

Medicamentos Especializados: esta es una revisión de un medicamento que se considera más complejo para una enfermedad específica, y requiere atención y manejo específicos durante el proceso de revisión de la autorización previa. Para estos medicamentos, es posible que deba

Otros detalles del plan

obtenerlos a través de una farmacia especializada. El médico que emite la receta trabajará con Servicios de Farmacia de Gainwell para asegurarse de que usted pueda obtener el medicamento que necesita lo más rápido posible.

1.2.4 Servicios Excluidos

Gainwell no pagará las siguientes categorías que no estén 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 de implementación del estudio de eficacia de medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, DESI) o medicamentos que puede haberse determinado que son idénticos, similares o están relacionados
- Medicamentos que son elegibles para recibir cobertura de la Parte D de Medicare
- Medicamentos de venta libre que no están incluidos en la lista de acuerdo con el párrafo C de la regla 5160-9-03 del Código Administrativo de Ohio
- 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 Servicios de Farmacia de Gainwell también puede ayudarle con los servicios que aparecen a continuación si llama a su Servicio de Asistencia para Miembros 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>.

- Localizar una farmacia para surtir la receta que le dio su proveedor
- Verificar que tiene cobertura activa de farmacia
- Obtener suministros para la diabetes 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 o Audiencias Estatales

Quejas

Si no está satisfecho con algún aspecto relacionado con los Servicios de Farmacia de Gainwell o nuestros proveedores, comuníquese con nosotros lo antes posible. A esto se le llama queja.

Para comunicarse con nosotros, puede hacer lo siguiente:

- Llamar a Servicios para Miembros al **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) y elegir la opción 1 para hablar con un miembro del equipo del Servicio de Asistencia de Farmacia de Gainwell
- Completar el formulario de queja o apelación incluido en este Manual para miembros y enviarlo por correo a Servicios de Farmacia de Gainwell a la dirección que figura a continuación o en línea a través de su portal para miembros
- Visitar nuestro sitio web en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- Escribir una carta informándonos que no está conforme. 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 por correo electrónico o correo postal.

Correo Electrónico: 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 comunique con Gainwell para presentar su queja, le haremos un seguimiento por teléfono, por correo postal u otros medios adecuados dentro de los siguientes plazos:

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

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 proporcionará 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 quince (15) días calendario podrían poner en grave peligro su vida, su salud física o mental, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su función máxima, comuníquese con Servicios para Miembros de Gainwell al número que se indica a continuación lo antes posible para acelerar su proceso de revisión.

Para solicitar una apelación, puede hacer lo siguiente:

- Llamar a Servicios para Miembros al **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) y elegir la opción 1 para hablar con un miembro del equipo del Servicio de Asistencia de Farmacia de Gainwell
- Completar el Formulario de Quejas o Apelaciones incluido en este Manual para miembros y enviárselo por correo a Servicios de Farmacia de Gainwell a la dirección que figura a continuación o completarlo en línea a través de su portal para miembros

Otros detalles del plan

- 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 por correo electrónico o correo postal.

Correo Electrónico: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com

Correo Postal:

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

Al presentar una apelación, incluya la siguiente información:

- Su nombre y número de identificación de Medicaid que figura en su tarjeta
- Nombre del médico que emite la receta
- El motivo por el que no está de acuerdo con el resultado proporcionado por Gainwell
- Cualquier documentación o información que respalde su solicitud de que se anule la decisión

Gainwell debe proporcionarle 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 proporcionará 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 más. Esa carta también le proporcionará información sobre por qué necesitamos más tiempo para completar su solicitud.

Audiencia Estatal

Debe completar el proceso de apelaciones de Gainwell antes de poder solicitar una audiencia estatal. Una audiencia estatal es una reunión con usted o su representante autorizado, una persona del Departamento de Servicios Laborales y Familiares del Condado, una persona de Gainwell y un funcionario de audiencias de la Oficina de Audiencias Estatales del Departamento de Servicios Laborales y Familiares de Ohio (ODJFS). Durante esta reunión, usted explicará por qué cree que Servicios de Farmacia de Gainwell no tomó las decisiones correctas y Gainwell explicará los motivos para tomar nuestra decisión. El funcionario de la audiencia tomará una decisión en función de las normas, regulaciones e información proporcionada durante la audiencia.

108 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

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 deben solicitar una audiencia dentro de los noventa (90) días calendario posteriores a la denegación de su apelación por parte de Gainwell.

Para solicitar una audiencia, puede firmar y enviar el Formulario de Audiencia Estatal a la dirección o al número de fax que figuran en el formulario, llamar a la Oficina de Audiencias Estatales al **1-866-635-3748** (TTY/TDD **614-728-2985**), o enviar su solicitud por correo electrónico a bsh@jfs.ohio.gov. Si desea obtener 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 local de su oficina local de asistencia legal.

Las decisiones de la audiencia estatal generalmente se emiten a más tardar setenta (70) días calendario después de que se recibe la solicitud. Si se determina que la afección médica cumple con los criterios para una decisión acelerada, la decisión se emitirá tan pronto como sea necesario, pero no más de tres (3) días hábiles después de que se reciba la solicitud. Las decisiones aceleradas son para situaciones en las que el plazo de revisión estándar podría poner en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima.

1.4 Recomendaciones de Cambios

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

Las recomendaciones se pueden enviar por correo electrónico a los Servicios de Farmacia de Gainwell a OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com o puede llamar a Servicios para Miembros al **833-491-0344** (TTY/TDD **614-728-2985**).

1.5 Acceso a la Farmacia

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

Para inscribirse en un proveedor a través del Portal para Miembros de Gainwell, puede seguir las instrucciones en el sitio web en <https://spbm.medicaid.ohio.gov> o llamar a su número gratuito de Servicios para Miembros **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) para hablar con un agente de Servicios de Farmacia de Gainwell, y recibir asistencia paso a paso para inscribirse y tener acceso.

Otros detalles del plan

1.6 Medicamentos de Emergencia para Pacientes Ambulatorios

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

1.7 Declaración de No Discriminación

Servicios de Farmacia de UnitedHealthcare cumple con las leyes estatales y federales de derechos civiles que le protegen de la discriminación o el trato injusto. No tratamos a las personas injustamente por su edad, raza, color, nacionalidad, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual, religión, estado civil, discapacidad física o mental, antecedentes médicos, estado de salud, información genética, evidencia de asegurabilidad, grado militar, condición 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 para los servicios que proporcionamos a los miembros del Departamento de Medicaid de Ohio.

Si necesita alguno de los servicios adicionales que se indican a continuación, comuníquese con Servicios para Miembros al número gratuito **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) para hablar con un miembro del equipo sin cargo 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, incluidos, entre otros, braille y letra grande

1.8 Declaración de la Red de Proveedores

Gainwell trabaja con farmacias para surtir recetas cerca de su hogar para que pueda acceder fácilmente a cualquiera de sus necesidades de medicamentos. Muchas de las farmacias ofrecen servicios que incluyen entrega a domicilio de medicamentos recetados, administración de medicamentos y asistencia si tiene un dominio limitado del inglés o dificultades auditivas o de la visión, o una discapacidad que necesita apoyo adicional. Las farmacias especializadas también están disponibles para proporcionar medicamentos con requisitos específicos de manejo, 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.

110 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

Gainwell no cubre surtidos de recetas en farmacias que no están inscritas (fuera de la red) para dispensar medicamentos a miembros de Medicaid de Ohio, lo que incluye, entre otras, farmacias que están lejos de su hogar, excepto en situaciones de emergencia (si está fuera del estado en una emergencia o si una farmacia de Ohio no puede suministrar el medicamento).

1.9 Red de Proveedores de Farmacia

Para obtener información sobre cómo encontrar una farmacia cubierta en su red acceda al Directorio de Proveedores de Farmacias en línea en <https://spbm.medicaid.ohio.gov> o inicie sesión en el Portal para Miembros de Gainwell en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>. Para solicitar una copia impresa del Directorio de Proveedores de farmacia llame a Servicios para Miembros al número gratuito **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**).



Estamos aquí para usted

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame a Servicios para miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**. También puede visitar nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan.

UnitedHealthcare Community Plan
9200 Worthington Rd.
Westerville, OH 43082

myuhc.com/CommunityPlan

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

**United
Healthcare
Community Plan**

112 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**, TTY **711**.

