



Le damos la bienvenida a la comunidad

**Manual para Miembros de los planes AHCCCS Complete Care
y Developmental Disabilities (DD)**

Índice

Información importante	<u>5</u>
Servicios para Miembros	<u>6</u>
NurseLine	<u>6</u>
Visite nuestro sitio web: UHCCommunityPlan.com	<u>7</u>
Visite myuhc.com para obtener información personalizada	<u>7</u>
Aplicación móvil UnitedHealthcare®	<u>7</u>
Servicio Assurance Wireless Lifeline	<u>8</u>
Administración de la atención médica	<u>8</u>
Atención de urgencia y fuera de horario normal	<u>9</u>
Servicios culturales, de idiomas y de equidad en la salud	<u>12</u>
Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan	<u>16</u>
Su Manual para miembros	<u>17</u>
UnitedHealthcare Community Plan: programas de atención administrada para mantenerlo saludable	<u>18</u>
Su tarjeta de identificación	<u>18</u>
Responsabilidades de los miembros	<u>20</u>
Cambios en la información	<u>22</u>
¿Qué atención está disponible fuera de mi área de servicio?	<u>22</u>
Cambio de planes de salud	<u>23</u>
Planificación del tratamiento	<u>24</u>
Atención de emergencia	<u>25</u>
Servicios hospitalarios que no son de emergencia	<u>26</u>
Transporte que no sea de emergencia	<u>26</u>
Servicios de atención de la salud cubiertos	<u>27</u>
Servicios de atención de la salud no cubiertos	<u>36</u>
Acceso a servicios que no pertenecen al Título XIX/XXI	<u>37</u>
Servicios de vivienda	<u>38</u>

2 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Colocación residencial	40
Atención para el Final de la Vida	42
Visitas a especialistas u otros proveedores	42
Su médico de atención primaria (PCP)	43
Servicios de atención preventiva para mujeres	45
Visitas de bienestar para niños y miembros de hasta 21 años	46
Servicios de embarazo/maternidad	47
Suministros y servicios de planificación familiar	51
Atención dental	54
Cómo conseguir sus recetas (medicamentos)	55
Servicios de salud conductual	58
Sanvello	62
Visión de Arizona para la prestación de servicios de salud conductual	62
Los 12 principios para la prestación de servicios a niños	63
Nueve principios rectores para sistemas y servicios de salud conductual para adultos orientados a la recuperación	66
Clínicas Interdisciplinarias de Múltiples Especialidades	68
Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS)	69
Consejo Defensor de Miembros (MAC)	70
Consejo Asesor de Discapacidades del Desarrollo (DDAC)	70
Comités de Supervisión Independientes	71
Comité de Revisión de Programas	71
Comité de Supervisión de la Ley Lograr una Mejor Experiencia de Vida (ABLE) de Arizona	71
Consejo de Planificación de Discapacidades del Desarrollo de Arizona (ADDPC)	72
Consejo de Coordinación Interinstitucional (ICC) para bebés y niños pequeños	72
Política de Gestión de Utilización y procedimientos	72
Proceso de autorización previa	73
Libertad de elección	74

Copagos	75
Si recibe una factura	79
Otros seguros y Medicare	80
Beneficio de medicamentos recetados de Medicare y miembros del AHCCCS	81
Inquietudes sobre la calidad de la atención	82
Quejas formales (reclamos) y apelaciones de los miembros	82
Derechos de los miembros	94
Verificación Electrónica de Visitas (EVV)	96
Fraude, malgasto y abuso	98
Información de apoyo y recursos comunitarios para miembros y familiares, y la Oficina de Asuntos de Individuos y Familias (OIFA)	99
Recursos comunitarios	101
Inmunizaciones (vacunas)	113
Atención para adultos	114
Decisiones acerca de la atención de su salud (Directrices anticipadas)	116
Definiciones de atención administrada	118
Definiciones del servicio de atención de maternidad	121
Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad	125

Información importante

Servicios para Miembros:

Disponible de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes, excepto los feriados estatales.

Número gratuito **1-800-348-4058**

TTY/TDD (para personas con dificultades auditivas) **711**

Atención de urgencia o emergencia:

Si necesita atención de urgencia, su PCP deberá atenderlo en un plazo de 48 horas. Los centros de atención de urgencia también están disponibles en nuestra red de proveedores. Si necesita atención de emergencia, su PCP deberá atenderlo ese mismo día. En caso de emergencia con riesgo de vida, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Sitios web

UHCCommunityPlan.com

Este es el sitio para los miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Visite este sitio si está inscrito en UnitedHealthcare Community Plan.

www.HealthArizonaPlus.gov

Este sitio web les indicará a las personas los nuevos requisitos para ser elegibles para el seguro médico del Sistema de Contención de Costos de Atención de la Salud de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS) y KidsCare, y se conectará con el Mercado Federal de Seguros.

Sus proveedores de salud

Asegúrese de completar los espacios en blanco, a fin de poder tener estos números listos.

Mi identificación de miembro: _____

Crisis de salud conductual: _____

Mi médico: _____

Número de teléfono de mi médico: _____

Dirección de mi médico: _____

Mi dentista: _____

Farmacia: _____

Proveedores de salud conductual: _____

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 5
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Servicios para Miembros

De 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes, excepto los feriados estatales

Los Servicios para Miembros pueden hacer lo siguiente:

- Responder preguntas sobre sus beneficios para la salud física y conductual
- Ayudarlo a resolver un problema o una inquietud que pueda tener con su médico o cualquier parte de su plan de salud
- Ayudarlo a encontrar un médico o dentista
- Brindarle información acerca de nuestros médicos, sus antecedentes y los centros de atención de nuestra red
- Ayudarlo si recibe una factura médica
- Informarle sobre los recursos comunitarios que tiene disponibles
- Ayudarlo si habla otro idioma, tiene un impedimento visual, necesita servicios de interpretación, servicios de lenguaje de signos u otras adaptaciones

Cuando nos llame...

Le haremos preguntas para verificar su identidad. Hacemos esto para proteger su privacidad. Así lo dictamina la ley federal y estatal. Reúna la siguiente información antes de llamar:

- Número de identificación de miembro
- Dirección y número de teléfono actuales que figuren en los archivos del AHCCCS
- Fecha de nacimiento

Servicios para Miembros está aquí para ayudarlo

Llame al **1-800-348-4058**, TTY/TDD **711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes, excepto los feriados estatales.

NurseLine

1-877-440-0255, TTY/TDD **1-800-855-2880**, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Visite nuestro sitio web: UHCCommunityPlan.com

Contiene recursos e información útil. Por ejemplo:

- Información acerca de UnitedHealthcare Community Plan
- Manual para miembros y boletines informativos para miembros
- Coordinadores al sitio web del AHCCCS
- Cómo encontrar un médico
- Cómo encontrar una farmacia
- Cómo encontrar medicamentos recetados
- Cómo presentar una queja o apelación
- Coordinadores a información de salud
- Educación para miembros

Visite myuhc.com para obtener información personalizada

Usted puede hacer lo siguiente:

- Imprimir y ver su tarjeta de identificación de miembro
- Busque un proveedor
- Para administrar sus recetas
- Conozca sus beneficios
- Ver reclamaciones y visitas
- Ver su manual para miembros
- ¡Y mucho más!

Aplicación móvil UnitedHealthcare®

Obtenga información mientras se encuentra fuera de su hogar con la aplicación móvil UnitedHealthcare. Descargue la aplicación móvil UnitedHealthcare a su teléfono inteligente o tableta Apple® o Android® y vea qué fácil es buscar médicos cercanos, ver el Manual para miembros, buscar ayuda y apoyo en su comunidad o ver su tarjeta de identificación de miembro.

Servicio Assurance Wireless Lifeline

Como miembro, o como tutor de un miembro de UnitedHealthcare, usted puede calificar para Assurance Wireless, un programa de Lifeline Assistance del gobierno que proporciona un teléfono móvil y un plan de servicio, sin costo alguno. Como cliente de Assurance Wireless, puede acceder fácilmente a lo siguiente:

- Información relacionada con la salud de parte de UnitedHealthcare.
- Recordatorios de beneficios y programas por mensaje de texto para usted y su familia.
- Departamento de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare.

¿Ya tiene Lifeline? Usted puede cambiar su proveedor de servicio actual.

Elija el servicio Lifeline que sea adecuado para usted

Visite AssuranceWireless.com/partner/buhc para solicitar la inscripción u obtener más información sobre los planes Assurance Wireless Lifeline. Prepárese para disfrutar del apoyo móvil para la salud sin costo alguno para usted.

Administración de la atención médica

Un administrador de atención puede trabajar con usted y proporcionarle recursos para sus necesidades médicas o de salud conductual. El administrador de atención le proporcionará información y lo ayudará a controlar afecciones crónicas como asma, diabetes, insuficiencia cardíaca y depresión si sus necesidades requieren atención especial. El administrador de atención asignado le mostrará cómo encontrar y obtener otros servicios, como cómo dejar de fumar, información sobre la pérdida de peso, programar citas con su médico y recordarle las pruebas especiales que podría necesitar. Nuestros administradores de atención incluyen personal de enfermería experimentado, trabajadores de salud comunitarios y especialistas en salud conductual que lo ayudarán. Podemos ayudarlo a inscribirse en programas y mostrarle cómo usar los servicios u ofrecerle cómo cancelar su inscripción en el programa si lo prefiere.

Si necesita comunicarse con su administrador de atención o si desea obtener más información sobre el programa de administración de la atención, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**.

Los miembros de los planes Complete Care y DD del AHCCCS con designación de Servicios de Rehabilitación para Niños (Children's Rehabilitative Services, CRS) se comunican con su Clínica Interdisciplinaria de Múltiples Especialidades (Multi-Specialty Interdisciplinary Clinic, MSIC) asignada para obtener más información sobre los servicios relacionados con una afección de CRS.

Atención de urgencia y fuera de horario normal

Si se enferma o tiene un problema de salud repentino, pero no es una emergencia, llame a su PCP. Incluso si el consultorio está cerrado, un servicio de respuesta tomará su llamada. Informe al servicio de respuesta o PCP sobre cuál es el problema y escuche sus instrucciones. Es posible que le envíen a otro médico o que le indiquen que acuda a un centro de atención de urgencia que tenga un contrato con UnitedHealthcare Community Plan. Si necesita ayuda para encontrar un centro de atención de urgencia o no puede comunicarse con su PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058** o visite el sitio web de UnitedHealthcare Community Plan en UHCommunityPlan.com para encontrar el centro de atención de urgencia más cercano.

¿Qué debo hacer si experimento una crisis de salud conductual?

Si sufre una crisis de salud conductual, es importante que obtenga ayuda de inmediato. Recuerde que siempre debe llamar al **911** si experimenta una situación de emergencia médica, policial o de incendio.

Líneas directas para casos de crisis:

Si experimenta una crisis de salud conductual, llame a uno de los números de teléfono a continuación correspondiente al condado en el que reside. Las líneas directas para casos de crisis se encuentran disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Las llamadas de casos de crisis las responde en vivo un especialista en crisis capacitado. Estas líneas directas para casos de crisis brindarán acceso a centros móviles de intervención en crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana, así como a centros de estabilización de crisis las 23 horas, incluido el tratamiento asistido de desintoxicación/medicamentos. Los servicios de crisis están disponibles para todos los residentes de Arizona y no dependen del estado de Medicaid ni de la cobertura del seguro médico.

Línea directa única para casos de crisis en todo el estado: 1-844-534-HOPE (4673)

Líneas directas para casos de crisis por condado:

Teléfono:

Condado de Maricopa	602-222-9444 o 1-800-631-1314
Condados de Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma	1-866-495-6735
Condados de Apache, Coconino, Gila, Mohave, Navajo y Yavapai	1-877-756-4090
Comunidades indígenas de Gila River y Ak-Chin.	1-800-259-3449
Comunidad indígena de Salt River Pima Maricopa	1-855-331-6432
Nación Tohono O’Odham	1-844-423-8759

Específica para adolescentes: Línea de vida para llamadas telefónicas o mensajes de texto para adolescentes **602-248-TEEN (8336) o 1-800-248-8336**

Línea de ayuda para personas mayores: línea de ayuda para personas mayores disponible las 24 horas **602-264-4357**

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 9
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY 711.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Líneas directas nacionales para casos de crisis disponibles las 24 horas:

Teléfono:

Red nacional de prevención del suicidio **1-800-273-TALK (8255) o 988**

Línea directa nacional para referidos y tratamientos

por trastornos y consumo de sustancias **1-800-662-HELP (4357)**

Mensaje de texto:

Envíe un mensaje de texto con la palabra **“HOME”** (Hogar) al **741741**

Chat <https://suicidepreventionlifeline.org/chat>

En línea <https://suicidepreventionlifeline.org>

Línea de vida para personas transgénero (Trans Lifeline):

Una línea directa para recibir apoyo de pares por casos de crisis, en la que todos los operadores son personas transgénero **1-877-565-8860**

En línea www.translifeline.org

Línea para veteranos/línea Beconnected:

Recursos para veteranos (y para aquellos que los apoyan) **1-866-4AZ-VETS o 1-866-429-8387**

Línea de crisis para veteranos **1-800-273-8255**, presione **1**

En línea BeconnectedAZ.org

Localizador de servicios de opioides del AHCCCS <https://opioidservicelocator.azahcccs.gov/>

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Línea de apoyo:

Es un servicio telefónico confidencial atendido por pares que han enfrentado desafíos de salud conductual. Los especialistas en apoyo de pares ofrecen apoyo y compasión a las personas que llaman que solo necesitan a alguien con quien hablar. Está disponible en todo el estado sin costo alguno. Los miembros pueden llamar a cualquiera de los números que se indican a continuación:

Arizona Central

Red de Solari Crisis & Human Services **602-347-1100**
10:00 a.m. a 10:00 p.m., los 7 días de la semana
(puede haber tiempo de espera en momentos de alta demanda)

Arizona del Norte

NAZCARE **1-888-404-5530**
de 4:00 p.m. a 10:30 p.m., de lunes a jueves,
de 3:00 p.m. a 10:30 p.m., de viernes a domingo
(mediante un mensaje grabado se le pide el nombre y número de teléfono a la persona que llama y el personal le devuelve la llamada luego)

Arizona del Sur

HOPE, Inc:
Condado de Pima **520-770-9909**
Todos los demás condados de AZ del Sur **844-733-9912**
de 8:00 a.m. a 10:00 p.m., los 7 días de la semana
(mediante un mensaje grabado se le pide que espere o que deje un mensaje de voz para que le devuelvan la llamada)

La línea de apoyo familiar apoya a los miembros de la familia que enfrentan desafíos de salud conductual. El servicio de apoyo proporciona orientación confidencial sin costo y conecta a las personas con recursos para ayudarlas a lidiar con la pérdida del empleo, el aumento de la ansiedad y mucho más. Se recomienda a cualquier persona que se sienta abrumada debido a los desafíos actuales de su vida a que llame.

En todo el estado de Arizona

Línea de apoyo del Centro de Participación Familiar (Family Involvement Center, FIC) **877-568-8468**
de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes

Servicios culturales, de idiomas y de equidad en la salud

A través del UnitedHealthcare Community Plan, celebramos a las personas, las ideas y las experiencias, al crear una cultura en la que se aprecie y valore a todos los miembros, y en la que puedan contribuir con su máximo potencial. Las desigualdades muy arraigadas no pueden resolverse a través de un solo programa o iniciativa. Consideramos que tenemos la oportunidad de promover la equidad en la salud en casi todos los aspectos de nuestra ambición de ayudar a desarrollar un sistema de salud moderno y de alto rendimiento que brinde mejores resultados de salud.

UnitedHealthcare Community Plan ha creado recursos de equidad en la salud para ayudar a que nuestros miembros puedan acceder a la información que necesitan y para promover una mejor diversidad, equidad e inclusión. Visite la sección Recursos de nuestro sitio web en [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/communityplan). Allí puede explorar la Guía de recursos comunitarios para obtener información sobre salud y servicios comunitarios de salud conductual, vivienda, LGBTQ+ y más.

Una comunicación clara es importante para obtener la atención médica que necesita. UnitedHealthcare Community Plan puede darle materiales para miembros en un idioma o un formato que le resulte más fácil de comprender. También contamos con intérpretes para que utilice si su médico o proveedor de servicio no habla su idioma. Si su médico o proveedor de servicio no comprende sus necesidades culturales, podemos ayudar. Trabajaremos con su médico o proveedor de servicio, o le ayudaremos a elegir un nuevo médico o proveedor de servicio.

Inglés:

Call Member Services at **1-800-348-4058** for interpreter services, to find a doctor who understands your cultural needs, or for materials in another language or format. Estos servicios son provistos sin costo alguno para usted.

Español:

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058** para obtener servicios de interpretación, para encontrar a un doctor que entienda sus necesidades culturales o por materiales impresos en otro idioma o formato. Estos servicios son provistos gratuitamente.

Somali:

Adeegyada turjumaanka ka wac Adeegga Xubnaha lambarka 1-800-348-4058, si aad u hesho dhakhtar fahmaya baahiyahaaga dhaqaneed, ama waxyaabo ku qoran luqad ama qaab kale. Adeegyadaas kuguma joogaan adiga wax kharash ah.

Simplified Chinese:

請致電會員服務部（電話：1-800-348-4058）以獲得口譯服務、尋找了解您的文化需求的醫生、或獲得其他語言或格式的材料。上述服務均免費為您提供。

Serbian:

Pozovite Službu za usluge za članove na broj 1-800-348-4058 za usluge prevodioca, da pronadete lekara koji razume vaše kulturne potrebe ili za materijale na drugom jeziku ili u drugom formatu. Ove usluge vam se pružaju besplatno.

Traditional Chinese:

請致電會員服務部（電話：1-800-348-4058）以獲得口譯服務、尋找瞭解您的文化需求的醫生、或獲得其他語言或格式的材料。上述服務均免費為您提供。

Romanian:

Sunați departamentul Servicii destinate membrilor la numărul 1-800-348-4058 pentru servicii de interpretariat, pentru a găsi un medic care înțelege necesitățile dvs. culturale sau pentru materiale în altă limbă sau în alt format. Aceste servicii vă sunt oferite gratuit.

Vietnamese:

Gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-348-4058 cho dịch vụ thông dịch, để tìm các bác sĩ hiểu rõ nhu cầu văn hóa của quý vị, hoặc các tài liệu bằng ngôn ngữ hoặc dạng khác. Các dịch vụ được cung cấp miễn phí cho quý vị.

Hungarian:

Hívja a tagsági szolgáltatásokat az 1-800-348-4058-as számon tolmácsszolgáltatásokhoz, hogy egy olyan orvost találjon, aki megérti az Ön kulturális igényeit, illetve más nyelvű vagy formátumú anyagokért. Ezek a szolgáltatások az Ön számára ingyenesek.

Farsi:

برای برخورداری از خدمات ترجمه شفاهی، یافتن دکتری که نیازهای فرهنگی شما را درک کند، یا دریافت اطلاعات به زبان یا فرمت دیگر با شماره 1-800-348-4058 با قسمت خدمات اعضا تماس بگیرید. این خدمات بصورت مجانی در اختیار شما قرار می گیرد.

Swahili:

Pigia Huduma za Mwanachama katika nambari 1-800-348-4058 ili kupata huduma za mkalimani, kupata daktari anayeelewa mahitaji yako ya kitamaduni, au kwa nyenzo katika lugha au mfumo mwingine. Huduma hizi zinatolewa bila malipo yoyote kwako.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Albanian:

Telefonojuni shërbimeve për anëtarët në 1-800-348-4058 për shërbime interpretimi, për të gjetur një mjek që i kupton nevojat tuaja kulturore ose për materiale në gjuhë apo format tjetër. Këto shërbime ju sigurohen falas.

Arabic:

اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-348-4058 لخدمات الترجمة الشفهية أو العثور على طبيب يفهم احتياجاتك الثقافية أو طلب مواد بلغة أخرى أو بتنسيق آخر. تُقدّم هذه الخدمات لك مجانًا.

Si necesita asistencia adicional para comunicarse, como ayudas auxiliares, comuníquese con Servicios para Miembros. Las ayudas auxiliares son servicios o dispositivos que ayudan a las personas con dificultades sensoriales, manuales o del habla a tener la misma oportunidad de participar en el plan de salud. Se pueden proporcionar ayudas auxiliares sin costo alguno, como audios de lecturas de los materiales del plan para las personas con dificultades de la vista. UnitedHealthcare Community Plan ofrece servicios de idiomas e interpretación en más de 240 idiomas.

UnitedHealthcare Community Plan cumple con todas las leyes federales y estatales aplicables, lo que incluye:

- El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según lo implementado por las regulaciones de la Parte 80, Título 45, del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR)
- La Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, según lo implementado por las regulaciones de la Parte 91, Título 45, del CFR
- La Ley de Rehabilitación de 1973
- El Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (con respecto a programas y actividades educativas)
- Los Títulos II y III de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, y el artículo 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible

Conforme a las disposiciones de los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990, el Artículo 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973 y la Ley contra la Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, UnitedHealthcare Community Plan prohíbe la discriminación en admisiones, programas, servicios, actividades o empleos por razones de raza, color, religión, sexo, nacionalidad, edad o discapacidad. UnitedHealthcare Community Plan debe realizar adaptaciones razonables para permitir que una persona con discapacidades participe en un programa, un servicio o una actividad.

UnitedHealthcare Community Plan proporcionará intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas y materiales impresos en letra grande.

14 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

También se refiere a que UnitedHealthcare Community Plan tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso realizará cambios razonables a una actividad. Si cree que no podrá entender ni participar en un programa o una actividad debido a su discapacidad, infórmenos las necesidades relacionadas con su discapacidad por adelantado si es posible.

Visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener una copia del Directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan sin costo para usted. Nuestro directorio incluye información sobre cómo nuestros proveedores pueden satisfacer sus necesidades culturales, lingüísticas o de accesibilidad. Los miembros con una enfermedad de alta gravedad o una utilización alta de servicios pueden obtener asistencia para explorar la red de proveedores.

Los miembros también pueden usar la función de búsqueda de proveedores en línea, la cual es una herramienta de búsqueda de proveedores para encontrar un médico, hospital, otro proveedor de atención médica o centro. La herramienta le permite buscar por categorías específicas. Los miembros pueden seguir los enlaces directamente a la función de búsqueda de proveedores.

ACC: <https://www.uhcommunityplan.com/az/medicaid/ahcccs>

DD: <https://www.uhcommunityplan.com/az/medicaid/developmentally-disabled>

Si consulta a un proveedor que no tiene contrato con UnitedHealthcare Community Plan, deberá verificar que el proveedor esté registrado en el AHCCCS, mostrarle su tarjeta de identificación y asegurarse de que el proveedor obtenga una autorización para que se presten los servicios. Para que se paguen los servicios, el proveedor debe estar registrado en el AHCCCS y debe obtener nuestra autorización. Para obtener más información sobre esto, comuníquese con su PCP o llame a Servicios para Miembros.

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan

Haciendo la diferencia, un miembro a la vez

UnitedHealthcare Community Plan ofrece varios programas diferentes en Arizona.

AHCCCS Complete Care

AHCCCS Complete Care es un plan de seguro médico integrado para residentes de Arizona que cumplen con ciertos requisitos de ingresos y otros requisitos. Ofrece servicios de salud física y conductual juntos para tratar todos los aspectos de sus necesidades de atención de la salud, incluidas visitas a médicos, hospitalización, medicamentos recetados y servicios específicos para afecciones de CRS.

Este plan está disponible en los siguientes condados: Condados de Gila, Maricopa, Pima y Pinal.

Miembros de Complete Care del AHCCCS con designación de Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS)

A algunos miembros de Complete Care del AHCCCS se les ha diagnosticado una afección de CRS y se los designa como CRS.

Los miembros designados como CRS pueden recibir atención especializada en una Clínica Interdisciplinaria de Múltiples Especialidades (MSIC) en Phoenix o Tucson. En estas clínicas, también se pueden ofrecer servicios de atención primaria y de salud conductual.

Developmental Disabilities (DD)

Nuestro programa para discapacidades del desarrollo aborda las necesidades específicas de atención de la salud de niños y adultos con afecciones como autismo, parálisis cerebral, epilepsia u otras discapacidades cognitivas. Este programa combina servicios físicos y conductuales con recursos comunitarios para ayudarlo a cuidarse a sí mismo o ayudar a su familia a cuidarlo a usted.

DD está disponible para miembros de UnitedHealthcare en todo el estado.

Programa DD con designación de Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS)

A algunos miembros del programa DD se les ha diagnosticado una afección de CRS y se los designa como CRS.

Los miembros designados como CRS pueden recibir atención especializada en una de cuatro Clínicas Interdisciplinaria de Múltiples Especialidades (MSIC) en Phoenix, Tucson, Flagstaff o Yuma. En estas clínicas, también se pueden ofrecer servicios de atención primaria y de salud conductual.

KidsCare

El AHCCCS ofrece seguro médico a través de KidsCare para niños elegibles (menores de 19 años) que no son elegibles para otro seguro médico del AHCCCS. Para aquellos que califican, hay primas mensuales.

Atención a Largo Plazo (LTC)

Los programas de Atención a Largo Plazo (Long Term Care, LTC) ayudan a las personas de 65 años o más, ciegas o discapacitadas que necesitan servicios continuos en un nivel de atención de un centro de enfermería. Un administrador de casos evalúa sus necesidades y coordina los servicios que necesita para permanecer en su hogar, como atención de auxiliares, modificaciones en el hogar y entrega de comidas.

Su Manual para miembros

Este Manual para miembros es para miembros de UnitedHealthcare Community Plan que reciben beneficios para los programas Complete Care, KidsCare o Developmental Disabilities (DD) del AHCCCS. Nuestros programas Complete Care y KidsCare del AHCCCS están disponibles en los siguientes condados: Gila, Maricopa, Pima y Pinal. Nuestro programa DD está disponible en todos los condados de Arizona.

Por favor, lea este manual. Este le proporcionará información sobre:

- Sus derechos y responsabilidades como miembro
- Cómo obtener servicios de atención médica
- Qué servicios se cubren y qué servicios no se cubren
- Cómo usar sus beneficios
- Dónde solicitar ayuda
- Información acerca de UnitedHealthcare Community Plan

También puede ver su Manual para miembros en nuestro sitio web en UHCCommunityPlan.com o solicitar que se le envíe un manual impreso por correo sin costo alguno.

UnitedHealthcare Community Plan: programas de atención administrada para mantenerlo saludable

UnitedHealthcare Community Plan es un plan para la atención médica administrada. Esto significa que toda la atención médica y los servicios que reciba deben ser solicitados y brindados por un médico o proveedor de atención médica que forme parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan.

UnitedHealthcare Community Plan comprende que los miembros actuales tienen relaciones con sus médicos y proveedores de atención médica. Para mantener estas relaciones, UnitedHealthcare Community Plan puede permitir que un médico o proveedor de atención médica registrado en el AHCCCS no participante trate a un miembro si UnitedHealthcare Community Plan otorga su aprobación. Esto se denomina autorización previa. UnitedHealthcare Community Plan trabajará junto con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

Miembros de DD:

Busque este recuadro en todo el Manual para miembros. Le brindará detalles sobre sus beneficios y servicios exclusivos.

Su tarjeta de identificación

Cuando se inscriba en nuestro plan, recibirá una tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. Su tarjeta de identificación es su llave para obtener servicios de atención de la salud, incluidos los servicios de atención de la salud conductual. Esta indica su número de identificación, su nombre y demás información importante. Su tarjeta de identificación lo identifica como miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Su tarjeta de identificación incluye un número de teléfono para acceder a servicios de salud conductual y por consumo de sustancias. Los servicios se asignan a un proveedor según el lugar donde usted reside. Si tiene preguntas o necesita ayuda para obtener servicios de salud conductual, llame al número que se encuentra en su tarjeta.

Cuando reciba su tarjeta, verifíquela cuidadosamente. Llame a Servicios para Miembros inmediatamente si cualquier dato de su tarjeta o de la tarjeta de su hijo(a) es incorrecto.

Consejos rápidos

- Su tarjeta de identificación es para que la use únicamente usted. No deje que otros la usen.
- Lleve su tarjeta de identificación en todo momento y guárdela en un lugar seguro.
- No pierda su tarjeta ni la arroje a la basura.
- Necesitará su tarjeta al momento de obtener atención médica o cuando retire medicamentos de la farmacia.
- El uso indebido del número de identificación médica, como el préstamo o la venta de la tarjeta o la información incluida en ella, es ilegal.
- El uso indebido de la tarjeta o del número de identificación médica puede generar acciones legales y usted podría perder su elegibilidad, los beneficios y los servicios de atención médica del AHCCCS.
- Si nota que otras personas están obteniendo beneficios para los que no son elegibles o que alguien está usando de forma indebida la tarjeta de identificación médica, por favor infórmenos al respecto inmediatamente. Usted puede llamar o escribir al AHCCCS o a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan. El AHCCCS también cuenta con una Línea directa de fraude para miembros a la que puede acceder llamando al 1-888-ITS NOT OK (1-888-487-6686) o al 602-417-4193.
- También puede llamar al AHCCCS o a UnitedHealthcare Community Plan para informar sobre cualquier proveedor que usted crea que podría estar brindando servicios a miembros que no son necesarios o que no se deberían brindar.
- Si tiene una licencia de conducir de Arizona o una identificación emitida por el estado, el AHCCCS solicitará su fotografía a la División de Vehículos Motorizados (Motor Vehicle Division, MVD) del Departamento de Transporte de Arizona. En la pantalla de verificación de elegibilidad del AHCCCS, los proveedores pueden ver su fotografía (si está disponible) y los detalles de la cobertura.

Responsabilidades de los miembros

Tiene la responsabilidad de lo siguiente:

- Leer y seguir este manual
- Tratar a todo el personal y a los proveedores de atención médica de UnitedHealthcare Community Plan con respeto y dignidad
- Proteger su tarjeta de identificación y mostrarla antes de obtener servicios. No tirar su tarjeta a la basura.
- Conocer el nombre de su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP). Su PCP es la persona que coordina sus necesidades de atención de la salud.
- Ver a su PCP en caso de necesidades de atención médica
- Usar la sala de emergencias únicamente para la atención de problemas potencialmente mortales. Acuda a su PCP para cualquier otro tipo de atención. Si tiene un problema urgente y su médico no puede atenderlo de inmediato, podría ir a un centro de atención de urgencia
- Seguir las instrucciones y el plan de tratamiento acordado con su médico para la atención que haya acordado, e informar a su médico si las explicaciones no son claras
- Llevar los registros de vacunas de su hijo a las citas médicas hasta que el niño cumpla 18 años
- Reservar una cita médica antes de visitar a su PCP o cualquier otro proveedor de atención médica de UnitedHealthcare Community Plan
- Programar citas durante el horario de atención para evitar la necesidad de usar los centros de atención de urgencia o las salas de emergencias
- Si necesita un traslado, llame al 1-888-700-6822 al menos tres días antes de su cita
- Llegar a tiempo a las citas
- Notificar a su proveedor con anticipación si necesita cancelar su cita
- Si debe cancelar una cita, llame al consultorio al menos con un día de anticipación. Si cancela sus citas, asegúrese de cancelar el transporte llamando al 1-888-700-6822.
- Proporcionar la información que su plan, los profesionales o los familiares necesiten para brindarle atención
- Ser honesto y directo con su PCP. Proporcionarle su historia clínica o la de su hijo(a).
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento establecidos de mutuo acuerdo
- Llamar al AHCCCS si hay cambios en su dirección, el tamaño de su familia o si tiene preguntas sobre elegibilidad
- Informar a su médico, al AHCCCS y a UnitedHealthcare Community Plan si tiene otros seguros, como Medicare. Si no divulga información, se pueden denegar las reclamaciones y los servicios.
- Dar una copia de su Testamento en vida a su PCP

Miembros de DD:

Con la ayuda de su coordinador de apoyo de DES/DDD, sus responsabilidades incluyen:

- Mantener sus citas de predeterminación de elegibilidad de ALTCS
- Seleccionar un PCP en el plazo de 10 días a partir de la notificación de la inscripción en el plan
- Coordinar todos los servicios médicos cubiertos necesarios a través de su PCP
- Acudir a sus visitas de bienestar con su PCP para mantenerse saludable. Su PCP ayudará a prevenir infecciones administrándole vacunas.
- Notificar al coordinador de apoyo del Departamento de Seguridad Económica (Department of Economic Security, DES)/la División de Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities, DDD) sobre cualquier cambio en su dirección o número de teléfono o si su seguro privado ha cambiado
- Llegar en horario a las citas médicas o llamar con anticipación si no le es posible presentarse
- Proporcionar toda la información que su PCP le solicite
- Notificar a su coordinador de apoyo de la DDD y a UnitedHealthcare Community Plan toda la información, incluyendo los cambios en el seguro privado o público, responsabilidad de terceros, asistencia financiera o demás beneficios que haya recibido
- Buscar la elegibilidad con Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS). CRS es un programa especial para ayudarlo con la atención de su salud si tiene ciertas afecciones de salud.
- Dirigir cualquier queja o problema a DES/DDD, los servicios de atención médica, Servicios para Miembros o su enlace de DD de UnitedHealthcare Community Plan lo antes posible
- Participar en reuniones sobre el Plan de Servicio Centrado en la Persona (Person-Centered Service Plan, PCSP) a pedido de UnitedHealthcare Community Plan, su coordinador de apoyo o cualquier otro integrante del personal

Comuníquese con su coordinador de apoyo de la DDD en cualquier momento, incluidas las visitas intermedias, si tiene alguna pregunta. Puede comunicarse con su coordinador de apoyo de la DDD llamando al 1-844-770-9500, opción 1.

Cambios en la información

Antes de mudarse a otro condado, estado o país, informe este cambio de inmediato a la agencia que lo ayudó con su elegibilidad y a UnitedHealthcare Community Plan. Si se muda a un condado en el que UnitedHealthcare Community Plan no brinda servicios, tendrá que cambiar su plan de salud. Los cambios que debe informar incluyen:

- Adopción
- Matrimonio
- Nacimiento
- Mudanza a un nuevo país
- Muerte
- Divorcio
- Mudanza a un nuevo estado
- Custodia
- Dirección
- Número de teléfono

Comuníquese con la agencia que lo ayudó con la elegibilidad para solicitar cambios

DES — 1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)

KidsCare — 1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)

SSI MAO — 602-417-5010

Administración del Seguro Social — 1-800-772-1213

Miembros de DD:

Llame a su coordinador de apoyo de la DDD y solicite que se presente un Informe electrónico de cambio para miembros para corregir su información. Puede comunicarse con su coordinador de apoyo de la DDD llamando al 1-844-770-9500, opción 1.

¿Qué atención está disponible fuera de mi área de servicio?

Cuando usted se encuentra fuera de su área de servicio, por ejemplo, fuera de Arizona, UnitedHealthcare Community Plan solo paga por la atención de emergencia. Si tiene una emergencia, diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Infórmeles que es miembro de UnitedHealthcare Community Plan o muéstreles su tarjeta de identificación. Cualquier servicio que obtenga que no sea una emergencia no estará cubierto por UnitedHealthcare Community Plan. Puede que le cobren los servicios que no sean una emergencia. Si necesita atención, pero no se trata de una emergencia, llame a su PCP o a Servicios para Miembros. UnitedHealthcare Community Plan no pagará ningún servicio recibido fuera del país, incluidos los servicios de atención de emergencia.

Cambio de planes de salud

Cada año usted tiene la opción de cambiar de plan durante la Opción de inscripción anual (Annual Enrollment Choice, AEC). Esta es la fecha en la que se inscribió en el AHCCCS. El AHCCCS le enviará una notificación dos meses antes de la fecha en la que puede hacer un cambio. Si desea cambiar el plan de salud, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Primero deseamos ayudarlo con cualquier problema que tenga.

Si desea cambiar de plan de salud y no es su período de AEC, aún puede cambiar el plan en casos especiales. Es posible que pueda cambiar su plan de salud si:

- No le dieron una opción de plan, no lo notificaron de su período de AEC o no pudo elegir debido a una razón que no pudo controlar.
- No se inscribió en el mismo plan de salud que los demás miembros de su familia.
- Perdió elegibilidad durante 90 días o menos y no se le volvió a inscribir en el mismo plan de salud.
- Un hijo recién nacido o con subsidio por adopción puede tener hasta 90 días después de la asignación automática para cambiar de plan. Un miembro elegible para el Título XIX que sea asignado automáticamente antes de tener el período de elección completo de 90 días recibirá 90 días a partir de la fecha de la carta de elección para solicitar un cambio de plan.

Si cumple con alguna de estas razones, puede solicitar un cambio de plan al AHCCCS llamando al 1-800-654-8713 o al 602-417-4000 en el condado de Maricopa.

Es posible que también pueda solicitar un cambio a otro plan de salud si:

- Tiene un problema de continuidad de atención médica para un embarazo. Esto significa que ya ha estado consultando con un médico fuera de nuestra red para su embarazo actual.
- Tiene otro problema de continuidad de atención médica.

Si cumple con cualquiera de estas dos razones, debe solicitar el cambio de su plan de salud actual. Si es miembro de UnitedHealthcare Community Plan, puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar este cambio. Servicios para Miembros completará los papeles necesarios y los enviará al otro plan de salud. Si se deniega su solicitud, recibirá una carta de denegación. Si no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una queja formal. La información sobre cómo presentar una queja formal se incluirá en la carta de denegación. Puede llamar a Servicios para Miembros en cualquier momento para que lo ayuden en este proceso.

Si cambia de plan por cualquier razón, su plan de salud actual y su nuevo plan de salud trabajarán juntos para asegurar que usted no tenga demoras en los servicios y que tenga acceso continuo a la atención en los servicios. Esto incluye un cambio a o de un plan de salud de pago por servicio del AHCCCS.

Miembros de DD:

Los miembros de DD pueden cambiar de plan de salud durante el mes de su nacimiento. Llame a Servicios para Miembros de la DDD en cualquier momento para obtener ayuda con el proceso al 1-844-770-9500, opción 7.

Planificación del tratamiento

Un plan de tratamiento es un plan de atención por escrito para ayudar a identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y de servicios sociales. Se proporcionarán recursos para ayudarlo con su atención en función de una evaluación completada y un plan de atención creado por su equipo de atención. El plan de atención es una descripción de todos los servicios de salud cubiertos y otros apoyos, que pueden incluir sus objetivos personales, servicios de apoyo para la familia, puntos a seguir para la coordinación de la atención y planes para ayudarlo a lograr una mejor calidad de vida.

UnitedHealthcare Community Plan proporciona atención centrada en la familia que incluye a su familia en las decisiones que usted toma con su PCP, proveedor de salud conductual, MSIC, especialistas o administrador de atención. Puede permitir que un familiar o representante autorizado colabore en el proceso de planificación del tratamiento y desarrollo del plan de servicio. Se espera que esta colaboración dé como resultado un plan de servicio de mutuo acuerdo que satisfaga sus necesidades médicas, funcionales, sociales y de salud conductual. Si siente que su opinión no está siendo escuchada, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-348-4058** para obtener ayuda.

Miembros de DD:

El Programa de transición del Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona (Arizona Long Term Care System, ALTCS) está disponible para miembros que, al momento de la reevaluación médica, han mejorado desde el punto de vista médico, funcional o ambos, y ya no necesitan atención institucional, pero aún necesitan servicios y apoyo de atención a largo plazo. Los miembros de transición de ALTCS tienen derecho a recibir todos los servicios cubiertos por ALTCS, excepto la atención de custodia en un centro de enfermería. UnitedHealthcare Community Plan trabajará estrechamente con el coordinador de apoyo de la DDD para garantizar que los miembros realicen la transición al entorno de atención más adecuado.

Si cambia de plan por cualquier razón, su plan de salud actual y su nuevo plan de salud trabajarán juntos para asegurar que usted no tenga demoras en los servicios y que tenga acceso continuo a la atención en los servicios.

Atención de emergencia

Una emergencia es una enfermedad repentina que puede poner en peligro su vida o causarle daño si no se trata inmediatamente. En una emergencia, es muy importante obtener atención de inmediato. Si tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Tiene el derecho de visitar cualquier sala de emergencias de un hospital u otro entorno en que se presten servicios de emergencia, como un centro de atención de urgencias cuando el consultorio de su médico esté cerrado. No todos los problemas de salud son una emergencia. Algunas razones para llamar al 911 o para acudir a una sala de emergencias incluyen:

- Pérdida súbita de la sensibilidad o incapacidad de moverse
- Pérdida del habla
- Peligro de muerte o de pérdida de una extremidad
- Dolor torácico
- Fuerte dolor en la zona de su estómago
- Envenenamiento o sobredosis de medicamentos o drogas
- Un accidente grave
- Falta grave de aire
- Quemaduras graves
- Heridas graves o hemorragias severas
- Daño en los ojos
- Espasmos/convulsiones graves
- fracturas óseas;
- Ahogos o incapacidad de respirar en forma apropiada
- Vómitos de sangre
- Aborto espontáneo (cuando una mujer embarazada pierde su bebé)
- Fuerte sentimiento de que podría hacerse daño o hacerle daño a otra persona
- Desmayo o desvanecimiento sin razón alguna (no se despierta)

Si no está seguro de que sea una emergencia real, llame a su PCP. Si acude a la sala de emergencias, llame a su PCP tan pronto como pueda después de la visita para poder recibir la atención apropiada. No se requiere una autorización previa para los servicios de emergencia.

Si tiene dudas sobre si su situación requiere tratamiento en un centro de atención de urgencia o una sala de emergencias, llame a su PCP o a la línea de enfermería NurseLine al 1-877-440-0255, TTY/TDD 1-800-855-2880. La línea de enfermería NurseLine está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Cuándo no se debe utilizar la sala de emergencias

La mayoría de las enfermedades no son emergencias y pueden tratarse en el consultorio de su médico. También puede ser tratado en un centro de atención de urgencia. No debe usar una sala de emergencias si presenta alguno de estos problemas menores:

- Esguince o torcedura
- Cortadura o raspón
- Dolor de oídos
- Dolor de garganta
- Tos o resfrío

Servicios hospitalarios que no son de emergencia

Los servicios hospitalarios que no son de emergencia están cubiertos si los brinda un médico dentro de la red en un centro participante. Su médico dentro de la red coordinará estos servicios si son necesarios desde el punto de vista médico.

Transporte que no sea de emergencia

Si necesita traslado a una cita médica, pídale ayuda a un amigo, familiar o vecino primero. Si no lo pueden trasladar, UnitedHealthcare Community Plan lo ayudará. Los miembros de los planes Complete Care y DD del AHCCCS pueden recibir servicios de transporte que no sean de emergencia a través de UnitedHealthcare Community Plan para los servicios cubiertos por el AHCCCS. Usted es responsable de coordinar su propio traslado. El seguir estas simples reglas lo ayudará a obtener un traslado:

- Llame por lo menos 72 horas antes de su visita de atención médica
- Llame al **1-888-700-6822** o al **602-889-1777**, TTY/TDD **711** para coordinar su traslado
- Si cancela su visita, llame al **1-888-700-6822** o al **602-889-1777** para cancelar su traslado
- Los traslados son solo para recibir servicios cubiertos
- Conozca la dirección de su proveedor de atención médica
- Especifique a qué lugar necesita trasladarse
- Después de su visita, llame para que lo trasladen a su hogar
- Infórmenos si tiene necesidades especiales, como una silla de ruedas
- Los miembros de 14 años o menos deben estar acompañados por un padre o tutor. Los miembros de entre 15 y 17 años deben estar acompañados por un padre o tutor, a menos que Medical Transportation Brokerage of Arizona (MTBA) haya recibido una renuncia de consentimiento firmada por parte del padre o tutor del miembro
- El transporte puede limitarse a un proveedor cerca de usted

Si necesita que lo transporten a un **centro de atención de urgencia**, puede llamar en cualquier momento y cualquier día de la semana. No es necesario que nos avise con anticipación para obtener transporte para atención de urgencia.

Si tiene una emergencia potencialmente mortal y necesita transporte de emergencia, llame al 911. El transporte que no sea de emergencia no se debe utilizar para emergencias.

Miembros de DD:

Si está recibiendo servicios de salud conductual a través de una Autoridad tribal regional de salud conductual (Tribal Regional Behavioral Health Authority, TRBHA), tiene cobertura de su plan de salud para recibir servicios de transporte solo para su primera cita de la TRBHA. Después de su primera visita, su TRBHA debería proporcionarle el traslado para recibir servicios de salud conductual.

Servicios de atención de la salud cubiertos

Estos son muchos de los servicios cubiertos por el AHCCCS/la DDD que usted puede recibir si son médicamente necesarios. Su PCP o especialista lo ayudará a decidir si los necesita. Si recibe servicios que no están cubiertos por el AHCCCS/la DDD, es posible que deba pagar por ellos.

UnitedHealthcare revisa los nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para determinar si son seguros y eficaces para los miembros. Si se determina que son seguros y eficaces, pueden estar cubiertos. Si la nueva tecnología se convierte en un servicio cubierto, seguirá las normas del plan, incluida la necesidad médica.

Servicio cubierto	Complete Care del AHCCCS	DD
Dispositivos de adaptación	X	X
Trasplantes de tejidos y órganos aprobados por el AHCCCS y medicamentos recetados relacionados	X	X
Dispositivo de comunicación aumentativo y alternativo (Augmentative and Alternative Communication, AAC)	X	X
Cirugía bariátrica	X	X
Servicios de salud conductual	X	X
Reconstrucción mamaria (posterior a la mastectomía)	X	X
Ciertos equipos médicos duraderos especializados	X	X
Servicios de asesoramiento	X	X
Atención dental: servicios de emergencia (los miembros mayores de 21 años tienen un límite de \$1,000 por año)	X	X

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 27 o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY 711.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Servicio cubierto	Complete Care del AHCCCS	DD
Atención dental: servicios preventivos y terapéuticos de rutina para miembros de ACC y DD menores de 21 años (los miembros de DD mayores de 21 años tienen un límite de \$1,000 por año) Consulte la página 54 para obtener información adicional sobre los beneficios dentales.	X	X
Diálisis	X	X
Visitas al consultorio del médico y el especialista	X	X
Equipo y suministros médicos duraderos (esto incluirá dispositivos de comunicación aumentativa. Se necesita un referido del PCP a un especialista. El especialista presentará una solicitud de autorización previa para su aprobación)	X	X
Servicios y atención de emergencia	X	X
Atención de la visión de emergencia. Extracción de cataratas y servicios de seguimiento	X	X
Transporte de emergencia/ no emergencia*	X	X

* **Necesidad médica:** Atención de la salud o productos que un médico prudente, o inst ruido, proporcionaría a un paciente para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, daño, afección o sus síntomas de forma tal que se sigan estándares médicos generalmente aceptados y que no sea simplemente para la conveniencia del paciente, el médico u otro proveedor de atención médica.

28 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Servicio cubierto	Complete Care del AHCCCS	DD
Suministros y servicios de planificación familiar	X	X
Asesoramiento y pruebas genéticas*	X	X
Evaluaciones y exámenes de detección de riesgo de salud	X	X
Audífonos (miembros menores de 21 años)	X	X
Exámenes de audición	X	X
Pruebas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), asesoramiento y tratamiento	X	X
Servicios de atención médica domiciliaria (como enfermería y asistencia médica en el hogar)	X	X
Servicios de cuidados paliativos	X	X
Atención hospitalaria.	X	X
Inmunizaciones (vacunas)	X	X
Ropa interior para la incontinencia (disponibles para miembros mayores de 3 años cuando se cumplen ciertos criterios médicos)	X	X
Laboratorio	X	X
Cirugía de reducción del volumen pulmonar (lung volume reduction surgery, LVRS): la LVRS, o neumoplastia de reducción, está cubierta para personas con enfisema grave cuando sea necesaria desde el punto de vista médico.	X	X
Atención de maternidad (prenatal, trabajo de parto y parto, postparto)	X	X
Alimentos médicos (nutrición parenteral total)	X	X

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Servicio cubierto	Complete Care del AHCCCS	DD
Servicios quirúrgicos médicamente necesarios*	X	X
Hogar de ancianos (especializado) hasta 90 días al año para ACC. Sin limitación de beneficios para DD.	X	X
Hogar de ancianos (custodia)		X
Evaluaciones nutricionales	X	X
Los dispositivos ortopédicos están cubiertos para miembros menores de 21 años cuando los receta el proveedor de atención primaria, el médico tratante o el especialista del miembro.	X	X
Los dispositivos ortopédicos están cubiertos para miembros mayores de 21 años cuando: <ul style="list-style-type: none"> • El dispositivo ortopédico es necesario desde el punto de vista médico como tratamiento preferido, según la guía de Medicare, Y • El dispositivo ortopédico cuesta menos que todos los demás tratamientos y procedimientos quirúrgicos para tratar la misma afección, Y • Un médico o un médico de atención primaria (personal de enfermería practicante o asistente médico) indica el dispositivo ortopédico. 	X	X

***Necesidad médica:** Atención de la salud o productos que un médico prudente, o instruido, proporcionaría a un paciente para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, daño, afección o sus síntomas de forma tal que se sigan estándares médicos generalmente aceptados y que no sea simplemente para la conveniencia del paciente, el médico u otro proveedor de atención médica.

30 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Servicio cubierto	Complete Care del AHCCCS	DD
Sistema de alerta de emergencia personal		X
Servicios de podología, el AHCCCS/la DDD cubre la atención médicamente necesaria de pies y tobillos, incluidas cirugías reconstructivas, proporcionada por un podólogo matriculado u otro médico o profesional matriculado calificado	X	X
Medicamentos recetados específicos y algunos medicamentos de venta libre para satisfacer necesidades especiales, si son recetados por su médico	X	X
Medicamentos recetados que figuran en la lista de medicamentos cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan y prescritos por su médico	X	X
Servicios preventivos que incluyen, entre otros, servicios de detección, como pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, incluida la prueba de Papanicolau; mamografías; pruebas de detección de cáncer colorrectal y pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual	X	X
Personal de enfermería privado	X	X
Radiología y diagnóstico médico por imágenes	X	X
Terapia respiratoria	X	X
Atención de relevo hasta 600 horas por año de contrato del 1.º de octubre al 30 de septiembre	X	X

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Servicio cubierto	Complete Care del AHCCCS	DD
Visitas de telesalud: por teléfono o video	X	X
<p>Trasplante de órganos y tejidos, y medicamentos relacionados cubiertos para miembros con afecciones médicas especificadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe obtener una autorización previa para los servicios de trasplante y los medicamentos que sean médicamente necesarios • Los trasplantes se deben realizar en un centro de trasplante aprobado por el AHCCCS 	X	X
Atención de urgencia	X	X
<p>Las visitas de bienestar (exámenes de bienestar) como, entre otros, exámenes de bienestar para mujeres, exámenes de mamas y exámenes de próstata, están cubiertas para los miembros. La mayoría de las visitas de bienestar (también denominadas chequeo o examen físico) incluyen un informe de antecedentes médicos, un examen físico, evaluaciones de salud, asesoramiento sobre la salud y vacunas necesarias desde el punto de vista médico. Las visitas de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (Early Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT) para miembros menores de 21 años se consideran visitas de bienestar.</p>	X	X

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Servicio cubierto	Complete Care del AHCCCS	DD
Terapias cubiertas para miembros mayores de 21 años		
Terapia ocupacional para pacientes hospitalizados	Cubierto cuando sea médicamente necesario	Cubierto cuando sea médicamente necesario
Terapia ocupacional para pacientes ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> 15 visitas por año de beneficios (10/01-09/30) para recuperar una habilidad o función que el miembro haya perdido debido a un daño o enfermedad, y para mantener dicha función una vez que se haya recuperado; y 15 visitas por año de beneficios (10/01-9/30) para alcanzar u obtener una habilidad o función que nunca se haya aprendido ni desarrollado, y para mantener dicha función una vez que se haya desarrollado. 	<ul style="list-style-type: none"> 15 visitas por año de beneficios (10/01-09/30) para recuperar una habilidad o función que el miembro haya perdido debido a un daño o enfermedad, y para mantener dicha función una vez que se haya recuperado; y 15 visitas por año de beneficios (10/01-9/30) para alcanzar u obtener una habilidad o función que nunca se haya aprendido ni desarrollado, y para mantener dicha función una vez que se haya desarrollado.
Fisioterapia para pacientes hospitalizados	Cubierto cuando sea médicamente necesario	Cubierto cuando sea médicamente necesario

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Servicio cubierto	Complete Care del AHCCCS	DD
Fisioterapia para pacientes ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> • 15 visitas por año de beneficios (10/01–09/30) para recuperar una habilidad o función que el miembro haya perdido debido a un daño o enfermedad, y para mantener dicha función una vez que se haya recuperado; y • 15 visitas por año de beneficios (10/01–9/30) para alcanzar u obtener una habilidad o función que nunca se haya aprendido ni desarrollado, y para mantener dicha función una vez que se haya desarrollado. 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 visitas por año de beneficios (10/01–09/30) para recuperar una habilidad o función que el miembro haya perdido debido a un daño o enfermedad, y para mantener dicha función una vez que se haya recuperado; y • 15 visitas por año de beneficios (10/01–9/30) para alcanzar u obtener una habilidad o función que nunca se haya aprendido ni desarrollado, y para mantener dicha función una vez que se haya desarrollado.
Terapia del habla para pacientes hospitalizados	Cubierto cuando sea médicamente necesario	Cubierto cuando sea médicamente necesario
Terapia del habla para pacientes ambulatorios	No es un beneficio cubierto	Cubierto cuando sea médicamente necesario

Servicios adicionales para menores de 21 años		
Servicios quiroprácticos	X	X
Implantes cocleares y mantenimiento	X	X
Sedación consciente (medicamento para aliviar el dolor durante un procedimiento médico mientras el paciente está despierto)	X	X
Servicios dentales: terapéuticos y preventivos de rutina	X	X
Audífonos	X	X

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Servicio cubierto	Complete Care del AHCCCS	DD
Evaluaciones y exámenes de detección de riesgos de salud (incluidos servicios de EPSDT)	X	X
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla para pacientes ambulatorios y hospitalizados	X	X
Están cubiertos los servicios de la vista, incluidos exámenes de la vista, marcos y lentes, reemplazo y reparación de anteojos rotos o perdidos sin restricción. Están cubiertos la extracción de cataratas y los servicios de seguimiento, si están aprobados.	X	X

Servicios adicionales para Beneficiarios Calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiaries, QMB)

Cualquier servicio cubierto por Medicare pero no por el AHCCCS (consulte su manual de Medicare)	X	X
---	---	---

Miembros de DD:

Para obtener una lista de los servicios cubiertos por la DDD, visite el sitio web en: Apoyos y servicios disponibles de la DDD | Departamento de Seguridad Económica de Arizona (az.gov) o llame a su coordinador de apoyo de la DDD al 1-844-770-9500, opción 1.

Servicios de atención de la salud no cubiertos

Todos los miembros

- Servicios o artículos estéticos (excepto para afecciones de CRS)
- Servicios que no son médicamente necesarios
- Servicios médicos para personas internadas en una institución para el tratamiento de la TB (tuberculosis)
- Medicamentos de venta libre y suministros médicos (excepto en determinadas circunstancias). Consulte la Lista de medicamentos de venta libre de UnitedHealthcare para conocer qué productos están disponibles ingresando a nuestro sitio web: UHCCommunityPlan.com, o llamando a Servicios para Miembros para solicitar una copia impresa.
- Elementos de cuidado personal, como peines, hojas de afeitar, jabón, etc.
- Interrupción del embarazo, a menos que el embarazo sea el resultado de una violación o incesto, un médico decida que es médicamente necesario porque el embarazo causará un problema físico grave o un problema de salud mental a la mujer embarazada, o la continuación del embarazo represente un peligro de vida
- Medicamentos recetados que no figuran en nuestra lista de medicamentos cubiertos, a menos que estén aprobados
- Procedimientos de reversión de esterilización voluntaria
- Circuncisiones de rutina
- Servicios de un proveedor que no esté contratado por UnitedHealthcare Community Plan (a menos que haya sido aprobado anteriormente por el plan de salud). Si tiene otro seguro, puede consultar a un proveedor no contratado. Si no está seguro, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan.
- Servicios de un proveedor que no está registrado en el AHCCCS
- Servicios que el director médico del plan de salud ha determinado que son experimentales
- Operaciones para cambio de sexo
- Tratamiento para corregir la posición de los dientes, a menos que sea médicamente necesario y esté aprobado por UnitedHealthcare Community Plan
- Servicios de habitación y comida en centros de atención asistida y hogares grupales de salud conductual
- Marihuana medicinal: el AHCCCS no cubre la marihuana medicinal como beneficio médico ni de farmacia

Otros servicios no cubiertos para adultos (mayores de 21 años)

- Servicios quiroprácticos (excepto para los miembros QMB)
- Implante coclear
- Audífonos y audífonos osteointegrados
- Articulación controlada con microprocesador para miembros inferiores
- Servicios dentales de rutina, excepto para miembros de DD. Para obtener más información, consulte la sección **Atención dental**
- Exámenes de la visión para lentes o anteojos recetados

Si tiene preguntas en cuanto a si un servicio está cubierto o no, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros.

36 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Acceso a servicios que no pertenecen al Título XIX/XXI

Servicios que no pertenecen al Título XIX/XXI, en función de la disponibilidad de financiamiento.

Los servicios que no pertenecen al Título XIX/XXI incluyen los siguientes:

- Servicios de apoyo a la vivienda para ayudar a las personas o familias a obtener y mantener viviendas en un entorno comunitario independiente, incluido el hogar o los apartamentos propios de la persona y los hogares que sean propiedad de un proveedor subcontratado o que este alquile. Estos servicios incluyen subsidios de alquiler o servicios públicos, y servicios de reubicación para personas o familias, con el fin de obtener y mantener una vivienda.
- Acupuntura auricular que sea necesaria desde el punto de vista médico y clínico. Debe realizarla un profesional acupunturista certificado en acupuntura auricular con agujas para tratar el alcoholismo, el consumo de sustancias o la dependencia de sustancias químicas.
- Servicios de apoyo para el cuidado de niños cubiertos cuando se proporcionan como un tratamiento asistido con medicamentos que sea necesario desde el punto de vista médico o como un tratamiento ambulatorio (no residencial), u otros servicios de apoyo para trastornos por consumo de sustancias (substance use disorder, SUD) para miembros con hijos dependientes, cuando estos se brindan como un tratamiento para toda la familia.
- Servicios de salud mental (anteriormente conocidos como tratamientos curativos tradicionales) para problemas de salud mental o consumo de sustancias proporcionados por curanderos tradicionales calificados. Estos servicios incluyen el uso de técnicas destinadas a aliviar la angustia emocional que se evidencia a causa de una alteración de la capacidad funcional de la persona.
- Servicios de salud mental, habitación y comida. Servicios de habitación y comidas para una persona que resida en un centro residencial o un centro de apoyo para la vida independiente, que pueden incluir, entre otros, los siguientes:
 - a. Costos de vivienda.
 - b. Servicios como alimentos y preparación de comidas.
 - c. Servicios de lavado de ropa personal.
 - d. Limpieza del lugar.

Estos servicios están disponibles para los miembros a través de un referido a la Autoridad de Salud Conductual Regional (Regional Behavioral Health Authority, RBHA) del condado del miembro.

Los miembros pueden acceder a servicios que no pertenezcan al Título XIX/XXI llamando a Servicios para Miembros. Servicios para Miembros enviará la solicitud a nuestros coordinadores de salud conductual tanto para los servicios de salud mental general como para una Enfermedad Mental Grave (Serious Mental Illness, SMI). Los coordinadores de salud conductual trabajan directamente con el enlace designado de la RBHA para establecer los servicios necesarios, y se comunicarán con el miembro directamente para ayudar a coordinar la atención.

Servicios de vivienda

La asistencia y los recursos para vivienda están disponibles para todos los miembros. Los miembros de UnitedHealthcare Community Plan son elegibles para recibir asistencia para atender sus necesidades de vivienda particulares. No podemos garantizar la colocación en viviendas. Sin embargo, podemos evaluar las necesidades de vivienda y proporcionar referidos a recursos de vivienda dentro de la comunidad.

El PCP, el proveedor de salud conductual o el administrador de casos evalúa a los miembros para determinar sus necesidades de atención de la salud y los determinantes sociales de la salud. La evaluación de un miembro puede indicar una necesidad de vivienda. Los servicios de apoyo a la vivienda están diseñados para ayudar a las personas o familias a obtener y mantener viviendas en diversos entornos, en función de las necesidades de los miembros, con énfasis en entornos comunitarios independientes, incluido el hogar o apartamento propio de la persona. Los miembros pueden obtener información básica sobre viviendas y refugios asequibles en los enlaces a continuación.

Además de los recursos de vivienda disponibles en la comunidad, el AHCCCS supervisa varios programas de apoyo a la vivienda permanente en todo Arizona. El Programa de Vivienda del AHCCCS ayuda a los miembros con Enfermedad Mental Grave (SMI) y se proporcionan algunos servicios para miembros con Trastorno General de Salud Mental o Consumo de Sustancias (General Mental Health and/or Substance Use Disorder, GMHSUD). Comuníquese con su proveedor de salud conductual para determinar si es elegible para obtener un referido al Programa de Vivienda del AHCCCS. Su proveedor brinda estos referidos como parte de un plan de servicio individual, según la necesidad médica.

¿Cómo puede hacer una persona sin hogar para obtener servicios?

Cualquier miembro que informe que no tiene hogar debe hacer un seguimiento con el Punto de acceso del sistema de entrada coordinada para ser evaluado para intervenciones de vivienda. Los objetivos de la entrada coordinada son aumentar la eficiencia de un sistema local de respuesta a crisis y mejorar la imparcialidad y la facilidad del acceso a los servicios, incluidos los beneficios estándares y de vivienda.

A continuación se enumeran los puntos de acceso de entrada coordinada en los condados de Maricopa, Pima, Pinal y Gila. Las intervenciones de vivienda se determinan mediante el Índice de Vulnerabilidad de la Herramienta de Asistencia para la Decisión de Priorización de Servicios (Vulnerability Index – Service Prioritization Decision Assistance Tool, VI-SPDAT). La herramienta está diseñada para ser rápida y eficaz. Por lo general, la herramienta VI-SPDAT tarda menos de 10 minutos y se utiliza para determinar qué intervención sería más útil para la persona/familia sin hogar. La entrada coordinada puede conectar a los miembros con refugios y también ayudar con intervenciones de vivienda adicionales si el miembro es elegible.

Puntos de acceso de entrada coordinada para miembros sin hogar

Refiera a los miembros que no tengan hogar o que corran riesgo de no tener hogar al programa de Continuidad Asistencial (Continuum of Care, CoC) HEARTH a través del sistema de entrada coordinada local en su comunidad. En los siguientes enlaces puede encontrar más información sobre los servicios disponibles en cada región.

- Balance del estado de Arizona, CoC (Arizona Balance of State CoC) El Departamento de Vivienda de Arizona se desempeña como la agencia líder del Sistema de Información sobre Administración para Candidatos Colaborativos y Personas sin Hogar (Collaborative Applicant and Homeless Management Information System, HMIS) para el CoC para los 13 condados no metropolitanos del estado. Localice los puntos de acceso comunitario por condado en <https://housing.az.gov/general-public/homeless-assistance>.
- CoC de los condados de Tucson/Pima Colaboración de los Condados de Tucson y Pima para Poner Fin a la Falta de Vivienda (Tucson Pima Collaboration to End Homelessness, TPCH) es una coalición de organizaciones comunitarias y religiosas, entidades gubernamentales, empresas e individuos comprometidos con la misión de poner fin a la falta de vivienda y abordar los problemas relacionados con la falta de vivienda en nuestra comunidad. Localice los puntos de acceso comunitario en <https://tpch.net/coordinatedentry/>.
- El CoC regional de los condados de Phoenix/Mesa/Maricopa cuenta con personal de la Asociación de Gobiernos de Maricopa. Respalda más de 40 programas de asistencia para personas sin hogar en 13 agencias diferentes. Localice los puntos de acceso comunitario en <https://maricopahousing.org/wp-content/uploads/2021/07/Coordinated-Entry-Points-Handout.pdf>.

Recursos de vivienda:

Departamento de Vivienda de Arizona **602-771-1000**

Vivienda basada en los ingresos:

- Búsqueda de apartamentos subsidiados:
<https://resources.hud.gov> / Búsqueda de apartamentos subsidiados
- Autoridades de Vivienda Pública:
https://www.hud.gov/program_offices/public_indian_housing/pha/contacts
- Cupones para la elección de viviendas (Sección 8):
https://www.hud.gov/topics/housing_choice_voucher_program_section_8
- Sección 202: Viviendas de apoyo para adultos mayores:
https://www.hud.gov/program_offices/housing/mfh/grants/section202ptl
- Sección 811 Viviendas de apoyo para personas con discapacidades:
https://www.hud.gov/program_offices/housing/mfh/grants/section811ptl

Viviendas de rehabilitación por consumo de sustancias:

- Comunidades de vida sobria certificadas por la Asociación de Viviendas de Recuperación de Arizona <https://myazrha.org/landing/>

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 39

o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY 711.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Recursos de prevención de desalojo:

- Asistencia para alquileres de emergencia:
<https://www.consumerfinance.gov/coronavirus/mortgage-and-housing-assistance/renter-protections/find-help-with-rent-and-utilities/>
- Agencias de Asesoría de Vivienda Aprobadas por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Housing and Urban Development, HUD):
<https://apps.hud.gov/offices/hsg/sfh/hcc/hcs.cfm?&webListAction=search&searchstate=AZ>

Herramienta de búsqueda de apartamentos subsidiados por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano:

- <https://resources.hud.gov/>

Para recibir información adicional sobre estos programas o para comunicarse con el especialista/coordinador de vivienda, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**.

Colocación residencial

Colocaciones fuera del hogar

Institución para Enfermedades Mentales (Institution for Mental Diseases, IMD):

Un hospital, centro de enfermería u otra institución con más de 16 camas que se dedique principalmente a proporcionar servicios de diagnóstico, tratamiento o atención a personas con enfermedades mentales (incluidos los trastornos por consumo de sustancias), incluida atención médica, atención de enfermería y servicios relacionados. El hecho de que una institución sea una institución para enfermedades mentales se determina por su carácter general como centro establecido y mantenido principalmente para brindar atención y tratamiento a personas con enfermedades mentales, ya sea que esté o no autorizada como tal. Una institución para personas con discapacidades intelectuales no es una institución para enfermedades mentales.

Centro de enfermería, incluidas las instituciones religiosas no médicas de atención de la salud:

El centro de enfermería debe estar autorizado y certificado por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona (Arizona Department of Health Services, ADHS) de Medicare/Medicaid para proporcionar servicios de habitación, comida y enfermería para pacientes hospitalizados a los miembros que requieran estos servicios de manera continua, pero que no requieran atención hospitalaria ni atención diaria directa por parte de un médico.

Centro de salud conductual para pacientes hospitalizados:

Una institución de atención de la salud que proporciona tratamiento continuo a una persona con un problema de salud conductual que hace que esta:

1. tenga una capacidad limitada o reducida para satisfacer sus necesidades físicas básicas;
2. sufra daños que afectan de manera significativa su juicio, razón, comportamiento o capacidad para reconocer la realidad;
3. sea un peligro para sí mismo;
4. sea un peligro para los demás;
5. tenga una discapacidad persistente o aguda; o
6. sea una persona con una discapacidad grave.

Centro de tratamiento residencial de salud conductual:

Una institución de atención de la salud que proporciona tratamiento a una persona con un problema de salud conductual que:

- a. limita la capacidad de las personas para ser independientes; o
- b. hace que la persona requiera tratamiento para mantener o mejorar la independencia.

Capacitación en atención domiciliaria para cliente de atención domiciliaria (home care training to client, HCTC; o atención terapéutica de tutela):

Se entrega a los miembros cuyas necesidades de salud conductual son de naturaleza tan crítica que, en ausencia de dichos servicios, el miembro estaría en riesgo de hacer la transición a un entorno residencial más restrictivo, como un hospital, centro psiquiátrico, centro correccional, programa de tratamiento residencial o un hogar de grupo terapéutico.

Miembros de DD:

Los miembros de DD pueden ser elegibles para Servicios Alternativos Basados en el Hogar y la Comunidad (Alternative Home and Community Based Services, HCBS). Trabaje con su coordinador de apoyo para calificar y obtener estos servicios. Puede comunicarse con su coordinador de apoyo de la DDD llamando al 1-844-770-9500, opción 1.

Atención para el Final de la Vida

La atención para el Final de la Vida (End of Life, EOL) es un enfoque centrado en el miembro con el objetivo de que este preserve sus derechos y mantenga la dignidad mientras recibe cualquier otro servicio cubierto que sea necesario desde el punto de vista médico, y a la vez, proporciona alivio del estrés, el dolor o los efectos limitantes de enfermedades para mejorar la calidad de vida. La atención para EOL incluye brindarles a usted y a su familia información sobre su enfermedad y las opciones de tratamiento. La atención para EOL le permite recibir planificación anticipada de la atención, cuidados paliativos, tratamiento de apoyo y servicios de atención práctica. Los miembros que reciben atención para EOL pueden elegir recibir atención curativa hasta que elijan recibir cuidados paliativos.

Miembros de DD:

Si necesita asistencia con la atención para el Final de la Vida (EOL) o la planificación anticipada de la atención, llame a su coordinador de apoyo de la DDD para coordinar. Puede comunicarse con su coordinador de apoyo de la DDD llamando al 1-844-770-9500, opción 1.

Visitas a especialistas u otros proveedores

Un especialista es un proveedor de atención médica que cuida determinada área del cuerpo. Su PCP está a cargo de todas sus necesidades de atención de la salud cubiertas. Si necesita atención especializada, su PCP puede remitirlo a un especialista o a otro médico.

Los miembros y los miembros con necesidades especiales de atención de la salud también pueden solicitar servicios sin un referido o una autorización previa, y pueden elegir un proveedor de la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Para las citas de atención especializada de urgencia, el miembro será atendido a más tardar 2 días hábiles después de la solicitud, y para las citas de atención de rutina, el miembro será atendido dentro de los 45 días calendario posteriores a la solicitud.

Si su PCP quiere que consulte a un especialista que no tiene un contrato con UnitedHealthcare Community Plan:

- El especialista debe estar registrado con el Sistema de Contención de Costos de Atención de la Salud de Arizona
- Su PCP debe obtener la aprobación de UnitedHealthcare Community Plan; esto se denomina autorización previa

Visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener una copia del Directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan sin costo para usted. Nuestro directorio incluye información sobre cómo nuestros proveedores pueden satisfacer sus necesidades culturales, lingüísticas o de accesibilidad.

También puede encontrar información del proveedor, como la siguiente:

- Nombre, dirección y números de teléfono
- Idiomas disponibles
- Calificaciones profesionales
- Grupo etario al que atiende
- Facultad de medicina a la que asistió (solo por teléfono)
- Afiliación a hospitales
- Fecha de finalización de la residencia (solo por teléfono)
- Si acepta nuevos pacientes
- Accesibilidad para sillas de ruedas
- Estado de la certificación de la junta médica

UnitedHealthcare Community Plan no restringe el acceso a los servicios en función de principios morales o religiosos. Esto incluye servicios de asesoramiento o referidos. Si un proveedor se niega a prestar servicios que considera objetables debido a motivos morales o religiosos, lo ayudaremos a obtener acceso a otro proveedor que esté dispuesto a prestar dichos servicios. Para solicitar ayuda, comuníquese con Servicios para Miembros.

Los miembros indígenas estadounidenses pueden recibir servicios de atención de la salud de cualquier proveedor de servicios de salud indígena o centro de propiedad u operación tribal en cualquier momento. El proveedor de servicios de salud indígena puede referir al miembro a un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

Su médico de atención primaria (PCP)

Su salud es importante para nosotros. Evaluamos y seleccionamos cuidadosamente a nuestros médicos para que usted reciba la mejor atención. Al inscribirse, se le asignará un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP). Su PCP es su médico de atención personal. Su PCP le proporcionará o coordinará los servicios cubiertos que usted necesita. Asegúrese de hablar con su PCP sobre cualquier problema de salud que tenga. De esa forma, su PCP podrá conocerlos a usted y su historia clínica. Siempre siga las instrucciones de su PCP y obtenga aprobación antes de recibir cualquier servicio médico. Asegúrese de informar también a su PCP sobre cualquier problema de salud conductual. Su PCP puede tratar afecciones de salud conductual o usted puede recibir servicios de salud conductual sin un referido. **Si está embarazada, puede elegir a su proveedor de atención de maternidad como su médico de cabecera, o puede elegir a un médico de atención primaria, como personal de enfermería practicante, un asistente médico o una partera.** Estos proveedores de planificación familiar y de maternidad se asegurarán de que usted reciba servicios parto y posparto.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Cómo cambiar su Médico de Cabecera

Su PCP es un miembro importante de su equipo de atención de la salud. Usted y su PCP deben trabajar juntos. Si, por cualquier motivo, desea cambiar a su PCP, llame a Servicios para Miembros. Si cambia su PCP, debe elegir otro PCP del Directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Podemos ayudarlo a elegir un PCP nuevo o brindarle más información sobre los PCP de nuestra red. Si está embarazada, comuníquese con Healthy First Steps al 1-800-599-5985. Servicios para Miembros puede enviarle una lista de nuestros proveedores sin costo alguno para usted. **Si su PCP no habla su idioma, llame a Servicios para Miembros. UnitedHealthcare Community Plan le proporcionará servicios de intérprete sin costo alguno para usted.**

Concertar citas.

Es importante que usted programe una cita médica antes de llegar al consultorio de su PCP. Cuando llame al consultorio del PCP, informe que usted es miembro de UnitedHealthcare Community Plan y la razón por la cual necesita una cita médica. Si no programa una cita médica y simplemente se presenta en el consultorio, es posible que su PCP no pueda atenderle. Las citas de rutina pueden programarse con su PCP dentro de los 21 días calendario de la solicitud. Una vez que llegue al consultorio, su médico hará todo lo posible por atenderlo en un plazo de 45 minutos. Es posible que deba esperar más tiempo si hay una emergencia. Si necesita atención de urgencia, su PCP deberá atenderlo dentro de los 2 días hábiles de la solicitud. Si necesita atención de emergencia, su PCP deberá atenderlo ese día; si no puede hacerlo, puede referirlo a una sala de atención de urgencia o de emergencias. En caso de emergencia con riesgo de vida, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Cancelación o cambio de citas

Si necesita cancelar o cambiar sus citas, informe al consultorio de su PCP al menos un día antes de la cita. Esto le permite al médico atender a otros pacientes. Si cancela una cita, asegúrese de programar otra en un horario diferente.

Visitas de bienestar

Las visitas de bienestar (exámenes de bienestar) están cubiertas para los miembros. La mayoría de las visitas de bienestar (también denominadas chequeo o examen físico) incluyen un informe de antecedentes médicos, un examen físico, evaluaciones de salud, asesoramiento sobre la salud y vacunas necesarias desde el punto de vista médico. Las visitas de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (Early Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT) para miembros menores de 21 años se consideran visitas de bienestar.

Servicios de atención preventiva para mujeres

Las visitas de atención preventiva para mujeres sanas están cubiertas para los miembros anualmente. La visita de atención preventiva para mujeres sanas incluye los siguientes servicios:

- Un examen físico (examen de bienestar) que evalúa la salud general
- Exámenes clínicos de las mamas
- Examen pélvico (según sea necesario, de acuerdo con las recomendaciones actuales y los mejores estándares de la práctica)
- Revisión y administración de vacunas, exámenes de detección y pruebas según corresponda en función de la edad y los factores de riesgo
 - Las vacunas contra el virus del papiloma humano (Human Papilloma Virus, HPV) están cubiertas según lo recomendado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) <https://www.cdc.gov/hpv/parents/vaccine-for-hpv.html>
- Los exámenes de detección y el asesoramiento se centran en mantener un estilo de vida saludable y minimizar los riesgos para la salud, y abordan, como mínimo, lo siguiente:
 - Nutrición adecuada
 - Actividad física
 - IMC elevado indicativo de obesidad
 - Consumo, abuso o dependencia del tabaco/sustancias
 - Evaluación de depresión
 - Evaluación de violencia interpersonal y doméstica, que incluye asesoramiento sobre situaciones de violencia y abuso actuales o pasadas, y aborda inquietudes de salud actuales o futuras sobre la seguridad
 - Infecciones de transmisión sexual
 - Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
 - Suministros y servicios de planificación familiar
- Asesoramiento previo a la concepción que incluye un análisis sobre un estilo de vida saludable antes de un embarazo y entre embarazos, que incluye lo siguiente:
 - Antecedentes reproductivos y prácticas sexuales
 - Peso saludable, incluida la dieta y la nutrición, así como el uso de suplementos nutricionales y la ingesta de ácido fólico
 - Actividad física o ejercicio
 - Atención de la salud bucal
 - Manejo de enfermedades crónicas
 - Bienestar emocional

- Consumo de tabaco y sustancias (cafeína, alcohol, marihuana y otras drogas), incluido el consumo de medicamentos recetados
- Descansos recomendados entre embarazos
- Proporción de referidos necesarios si se identifica la necesidad de una evaluación, un diagnóstico o un tratamiento adicionales

Visitas de bienestar para niños y miembros de hasta 21 años

El programa Exámenes Tempranos y Periódicos, Diagnósticos y Tratamiento (EPSDT) es un programa integral de salud infantil de prevención y tratamiento, corrección y mejora de afecciones físicas y de salud conductual para miembros del AHCCCS menores de 21 años.

El propósito del EPSDT es asegurar la disponibilidad y accesibilidad de recursos de atención médica, así como también asistir a los receptores de Medicaid en la utilización efectiva de estos recursos.

Los servicios de EPSDT proporcionan atención médica integral a través de prevención primaria, intervención temprana, diagnóstico, tratamiento necesario desde el punto de vista médico y atención de seguimiento de problemas físicos y de salud conductual para miembros del AHCCCS menores de 21 años de edad.

Cantidad, duración y alcance:

La Ley de Medicaid define que los servicios de EPSDT incluyen servicios de detección, de la visión, reemplazo y reparación de anteojos, servicios dentales, de la audición y otros servicios semejantes necesarios de atención de la salud, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas descritas en la subsección 42 del Código de Estados Unidos (United States Code, U.S.C.) 1396d(a) de la ley federal para corregir o mejorar defectos y enfermedades y afecciones físicas y mentales detectadas por los servicios de detección, independientemente de si dichos servicios están cubiertos o no por el plan estatal del AHCCCS. No se aplican limitaciones ni exclusiones a los servicios del EPSDT, excepto el requisito de necesidad médica y la relación efectividad-costo.

Una visita de rutina del niño es equivalente a una visita de EPSDT e incluye todas las evaluaciones y servicios descritos en el programa de EPSDT del AHCCCS y los cronogramas de consultas dentales periódicas.

Esto significa que los servicios de EPSDT cubiertos incluyen servicios que corrigen o mejoran afecciones físicas y de salud conductual, y enfermedades descubiertas por el proceso de detección cuando esos servicios están incluidos dentro de una de las categorías opcionales y obligatorias de “asistencia médica” según se define en la Ley de Medicaid. Los servicios cubiertos conforme al programa EPSDT incluyen las 30 categorías de servicios en la ley federal incluso cuando no estén listados como servicios cubiertos en el plan estatal del AHCCCS; en los estatutos, las normas o las políticas del AHCCCS siempre y cuando los servicios sean necesarios desde el punto de vista médico y eficaces en relación con el costo.

46 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

El programa EPSDT incluye, entre otros, la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios; servicios de laboratorio y radiografías; servicios de médicos; servicios naturopáticos; servicios de personal de enfermería practicante; medicamentos; servicios dentales; servicios de terapia; servicios de salud conductual; equipos, dispositivos y suministros médicos; ortopedia; dispositivos protésicos; anteojos; transporte y servicios de planificación familiar. Los servicios de EPSDT también incluyen servicios de diagnóstico, detección, prevención y rehabilitación. Sin embargo, los servicios de EPSDT no incluyen servicios que sean solo con fines estéticos, que sean experimentales o que no sean eficaces en relación con el costo cuando se comparan con otras intervenciones.

Servicios de embarazo/maternidad

UnitedHealthcare Community Plan sabe que las madres sanas tienen bebés sanos. Es por eso que cuidamos especialmente a todas nuestras futuras mamás. UnitedHealthcare Community Plan cuenta con un programa llamado Healthy First Steps para miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Healthy First Steps ofrece información, educación y apoyo para ayudar a reducir los problemas durante su embarazo. Healthy First Steps hace participar y recompensa a las miembros por asistir a las citas de atención prenatal y posparto durante los primeros 15 meses de vida del bebé. Si piensa que puede estar embarazada o apenas sepa que está embarazada, llame a Healthy First Steps al 1-800-599-5985 o visite nuestro sitio web en UHHealthyFirstSteps.com.

Las mujeres o a quienes se les haya signado el sexo femenino al nacer tienen acceso directo a los servicios preventivos y de bienestar brindados por un ginecólogo u otro proveedor de atención de maternidad dentro de la red del contratista sin necesidad de un referido de un proveedor de atención primaria. Están cubiertos los servicios preventivos, como la evaluación del cáncer de cuello uterino o la derivación para una mamografía.

Las pruebas para la detección del embarazo no invasivas para embarazos de alto riesgo están cubiertas.

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, este plan lo ayudará a hacer lo siguiente:

- Elegir un proveedor de atención de maternidad, un médico con licencia, personal de enfermería practicante, un asistente médico, una Enfermera Partera Certificada (Certified Nurse Midwife, CNM) o una Partera Autorizada (Licensed Midwife, LM) para recibir atención durante el embarazo.
- Obtener información sobre Healthy First Steps, un programa de maternidad para usted y su bebé con el que puede ganar recompensas por asistir a citas de atención prenatal y posparto. Puede llamar a Healthy First Steps al 1-800-599-5985 o inscribirse en línea en <http://www.uhhealthyfirststeps.com>.
- Acceder a los programas de visitas domiciliarias de salud materno infantil para mujeres embarazadas y familias con hijos, desde el nacimiento hasta los 5 años. No debe pagar ningún costo y un visitante capacitado acudirá al hogar de las familias para brindarles educación sobre temas como crianza, lactancia, soluciones de empleo y cuidado infantil, prevención del abuso/negligencia infantil, desarrollo infantil y preparación para la escuela.
- Programar citas y exámenes, así como obtener ayuda para programar el transporte que sea necesario desde el punto de vista médico.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 47
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY 711.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

- Elegir un médico (pediatra) o un médico de familia para su nuevo bebé.
- Elegir un PCP para usted después del nacimiento o regresar al PCP que tenía antes de su embarazo. Llame a Servicios para Miembros después de su parto.
- Obtener información sobre programas comunitarios como Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children, WIC). Puede llamar a WIC al 1-800-252-5942
- Obtener información sobre programas comunitarios como el Centro de Información Infantil (Children's Information Center), en relación con asientos de automóvil para bebés, cuidado infantil, lactancia y otros recursos. Puede llamar a la Oficina para Niños con Necesidades de Atención de la Salud Especiales al **1-800-232-1676** o enviar un correo electrónico a OCSHCN@azdhs.gov.
- Obtener respuestas a sus preguntas sobre lactancia las 24 horas del día llamando a la línea directa de lactancia del Departamento de Servicios de Salud de Arizona, disponible las 24 horas, al **1-800-833-4642** o visitando www.gobreastmilk.org.

Su médico le proporcionará:

- Atención antes y después del nacimiento de su bebé (sin copagos)
- Información sobre cómo tener un embarazo sano, como una buena nutrición, dejar de fumar y hacer ejercicio
- Información sobre opciones de parto y clases de parto
- Ayuda con suministros y servicios de planificación familiar después del nacimiento del bebé (incluidos, entre otros, anticonceptivos orales, condones, anticonceptivos reversibles de acción prolongada y esterilizaciones)

Cronograma de citas de atención prenatal

- Primer trimestre: en el plazo de 14 días calendario después de solicitar la cita
- Segundo trimestre: en el plazo de 7 días calendario después de solicitar la cita
- Tercer trimestre: en el plazo de 3 días hábiles después de solicitar la cita
- Embarazo de alto riesgo: las citas deben programarse tan pronto como lo requiera la afección de salud de la miembro, pero a más tardar 3 días hábiles después de que UnitedHealthcare Community Plan o un proveedor de atención de maternidad identifique el alto riesgo, o de inmediato si se trata de una emergencia

Sus citas médicas son muy importantes para su salud y la salud de su bebé. Debe visitar a su proveedor de atención de maternidad durante el embarazo, incluso si se siente bien. Si necesita cambiar su cita médica, comuníquese con su médico antes de la fecha concertada. Debe consultar a su médico dentro de los 60 días posteriores al nacimiento de su bebé (atención posparto). Si se sometió a una cesárea, es posible que su médico desee verla antes.

En su chequeo posparto, su médico hará lo siguiente:

- Revisarla para asegurarse de que está cicatrizando bien
- Someterla a una prueba para detectar la depresión posparto
- Realizar un examen pélvico para asegurarse de que los órganos reproductivos hayan vuelto a su estado previo al embarazo
- Responder preguntas sobre la lactancia y examinar sus mamas
- Abordar preguntas sobre volver a tener relaciones sexuales y opciones de métodos anticonceptivos

Conocer todas sus opciones de métodos anticonceptivos puede ayudarlo a elegir el método adecuado para usted. Los Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada (Long-acting Reversible Contraceptive, LARC) son una buena opción para muchas mujeres (incluida la colocación de Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada Inmediatamente Posteriores a un Parto [Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraceptives, IPLARC]), y no se deben pagar copagos, cargos ni costos. Estos incluyen lo siguiente:

- Dispositivo intrauterino (DIU): dispositivo pequeño de plástico o cobre en forma de T que su médico coloca en el útero; o
- Implante anticonceptivo: una pequeña varilla del tamaño de un fósforo que su médico coloca debajo de la piel del brazo.

Los beneficios de las opciones anticonceptivas de acción prolongada incluyen los siguientes:

- Son un 99 por ciento eficaces. Funcionan mejor que la píldora y los métodos de barrera.
- Duran de tres a diez años, según el tipo que elija.
- Son convenientes. No se necesitan recetas para resurtirlos ni debe recordar tomar píldoras.
- Son reversibles. Cuando desee quedar embarazada, se pueden extraer.

Cualquier miembro puede realizarse una prueba del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en cualquier momento. Si está embarazada y tiene VIH, el virus puede transmitirse al feto. La buena noticia es que el tratamiento durante el embarazo y el tratamiento del bebé después del nacimiento pueden reducir en gran medida la probabilidad de que esto suceda. El tratamiento durante el embarazo también puede ayudarla a mantenerse saludable. Si su análisis es positivo, puede obtener tratamiento especializado y asesoramiento médico. Hable con su PCP o proveedor de atención de maternidad, o comuníquese con el departamento de salud pública local para realizarse la prueba. Las pruebas de VIH/infección de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI) también están disponibles en Arizona Family Partnership si llama al **602-258-5777** o al **1-888-272-5652**, o si visita el sitio web www.arizonafamilyhealth.org. Planned Parenthood (Paternidad/maternidad planificados) ofrece también pruebas y servicios. Llame al **1-800-230-7526**.

Si está embarazada y ha estado visitando a un médico que no se encuentra en nuestra red, puede cambiar de plan. Esto se debe a que puede tener un problema de continuidad médica de atención durante su embarazo. Consulte la sección “Cambio de planes de salud” anterior de este manual.

Si detecta que ya no está embarazada, llame a Servicios para Miembros. Ellos la ayudarán a coordinar cualquier servicio de atención médica o cambio que pueda necesitar.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Si tiene preguntas o necesita ayuda para obtener servicios de salud conductual, llame al que número se encuentra en su tarjeta de identificación. Consulte la página 9 de este manual para obtener información sobre crisis de salud conductual y las páginas 58 a 67 para obtener información adicional sobre los servicios de salud conductual.

Línea de ayuda para trastornos por consumo de sustancias: 855-780-5955

La Línea de ayuda para trastornos por consumo de sustancias es un recurso **gratuito y anónimo** para mujeres embarazadas y mujeres que están transitando el **período posparto** (hasta un año), que buscan ayuda para sí mismas o para un ser querido que necesita ayuda con un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno por consumo de alcohol o un trastorno por consumo de opiáceos.

La Línea de ayuda para trastornos por consumo de sustancias está disponible **las 24 horas del día, los 7 días de la semana** y ofrece acceso directo a un médico clínico de salud conductual matriculado/Defensor de Recuperación por Consumo de Sustancias (Substance Use Recovery Advocate, SURA) especializado que puede brindar asistencia y referidos a proveedores. Los trastornos por consumo de sustancias ocurren cuando el consumo recurrente de alcohol, tabaco o drogas (incluidos opioides, marihuana, estimulantes y alucinógenos) provoca un impedimento importante, como problemas de salud, discapacidad e incapacidad de cumplir con las responsabilidades principales del trabajo, la escuela o el hogar.

Algunos ejemplos de cuándo debe llamar a la Línea de ayuda para trastornos por consumo de sustancias:

- Es posible que esté consumiendo sustancias de manera inapropiada y esté en riesgo de que dicho consumo se convierta en un abuso o una adicción
- Está buscando ayuda, pero le genera demasiada vergüenza pedirla
- Tiene inquietudes sobre su consumo de sustancias o el consumo de sustancias de un amigo o ser querido
- Tiene preguntas sobre el tratamiento de la adicción y lo que cubrirá su plan de seguro
- Está buscando proveedores que se especialicen en el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias

El trastorno por consumo de sustancias es una enfermedad. Las personas que sufren cualquier forma de trastorno por consumo de sustancias necesitan apoyo emocional, empatía y tratamiento basado en la evidencia a fin de poder recuperarse, al igual que cualquier otra enfermedad grave.

Si experimenta una crisis de salud conductual, llame a:

Líneas directas para casos de crisis por condado:

Condado de Maricopa.	602-222-9444 o 1-800-631-1314
Condados de Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma	1-866-495-6735
Condados de Apache, Coconino, Gila, Mohave, Navajo y Yavapai	1-877-756-4090
Comunidades indígenas de Gila River y Ak-Chin	1-800-259-3449
Comunidad indígena de Salt River Pima Maricopa	1-855-331-6432
Nación Tohono O’Odham	1-844-423-8759

50 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058, TTY 711.**

Suministros y servicios de planificación familiar

Los suministros y servicios de planificación familiar lo ayudan a protegerse de tener un embarazo no deseado o de contraer una infección de transmisión sexual (STI) o una enfermedad de transmisión sexual (sexually transmitted disease, STD). Todas las personas, independientemente de su género, que decidan retrasar o prevenir el embarazo de manera voluntaria, son elegibles para recibir suministros y servicios de planificación familiar. Cuando se cumplen los requisitos, los servicios de esterilización están cubiertos independientemente del género del miembro.

Para los suministros y servicios de planificación familiar, puede elegir un proveedor de atención de maternidad o planificación familiar, como un médico, personal de enfermería practicante, asistente de médico, enfermera partera o partera, sin un referido, e independientemente de que los proveedores de servicios de planificación familiar sean o no proveedores de la red. Los servicios de planificación familiar también están disponibles en cualquier oficina de Planned Parenthood (1-800-230-7526) en todo el estado. Los suministros y servicios de planificación familiar no requieren un referido, pueden ser suministrados por proveedores registrados en el AHCCCS no contratados y se ofrecen sin que deba pagar un copago ni ningún otro costo. Hay disponibles servicios de transporte necesarios desde el punto de vista médico.

Conocer todas sus opciones de métodos anticonceptivos puede ayudarlo a elegir el método adecuado para usted. Los Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada (Long-acting Reversible Contraceptive, LARC) son una buena opción para muchas mujeres (incluida la colocación de Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada Inmediatamente Posteriores a un Parto [Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraceptives, IPLARC]), y no hay que pagar copagos, cargos ni costos. Estos incluyen lo siguiente:

- dispositivo intrauterino (DIU): dispositivo pequeño de plástico o cobre en forma de T que su médico coloca en el útero; o
- implante anticonceptivo: una pequeña varilla del tamaño de un fósforo que su médico coloca debajo de la piel del brazo.

Los beneficios de las opciones anticonceptivas de acción prolongada incluyen los siguientes:

- Son un 99 por ciento eficaces. Funcionan mejor que la píldora y los métodos de barrera.
- Duran de tres a diez años, según el tipo que elija.
- Son convenientes. No se necesitan recetas para resurtirlos ni debe recordar tomar píldoras.
- Son reversibles. Cuando desee quedar embarazada, se pueden extraer.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Además del DIU y el implante anticonceptivo, los suministros y servicios de planificación familiar cubiertos también incluyen, entre otros, los siguientes:

- Píldoras anticonceptivas: píldora tomada todos los días
- Condones (preservativos)
- Depo-Provera: inyección para mujeres que se administra cada tres meses
- Diafragma: barrera vaginal extraíble para las mujeres
- Píldora anticonceptiva de emergencia (Emergency contraceptive pill, ECP): píldora que se toma después de tener sexo no planificado o para evitar el embarazo
- Asesoramiento para planificación familiar
- Servicios de laboratorio para planificación familiar
- Esterilización
- Exámenes médicos y de laboratorio
- Educación sobre planificación familiar natural
- Pruebas de embarazo
- Procedimientos radiológicos, incluidos estudios de ecografía relacionados con la planificación familiar
- Pruebas de detección, exámenes y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI)
- Gel, crema o espuma espermicida: medicación vaginal
- Tratamiento de complicaciones derivadas del uso de anticonceptivos, incluido el tratamiento de emergencia
- Ligadura de trompas: procedimiento quirúrgico para mujeres de 21 años o más
- Vasectomía: procedimiento quirúrgico para hombres de 21 años o más

Los siguientes servicios no están cubiertos para los fines de los servicios de planificación familiar:

- Servicios para tratamiento de la infertilidad, entre ellos pruebas de diagnóstico, servicios de tratamiento o reversión de la esterilización quirúrgica
- Asesoramiento sobre la interrupción del embarazo
- Interrupciones del embarazo (consulte la sección a continuación para conocer en qué situaciones se cubren las interrupciones del embarazo necesarias desde el punto de vista médico)
- Histerectomías

Si pierde la elegibilidad para los servicios del AHCCCS, UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarlo a encontrar servicios de planificación familiar de bajo costo o gratuitos, o puede llamar a la línea directa del Departamento de Servicios de Salud de Arizona al 1-800-833-4642. Planned Parenthood proporciona servicios de planificación familiar de bajo costo. Puede llamar al 1-800-230-7526 para comunicarse con la oficina más cercana. Arizona Family Health Partnership también puede ayudarlo a encontrar servicios de planificación familiar de bajo costo o gratuitos. Comuníquese con Arizona Family Health Partnership al 602-258-5777 o al 1-888-272-5652 si vive fuera del área de Phoenix.

Independientemente de su género, si necesita tratamiento para una infección de transmisión sexual (STI), comuníquese con su médico, un especialista en STI o el Departamento de Servicios de Salud de Arizona al 602-542-1025. Los servicios proporcionados por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona también están disponibles para usted si pierde la cobertura del AHCCCS. También podemos ayudarlo a encontrar servicios de atención primaria de bajo costo o gratuitos si pierde la elegibilidad. Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar estos servicios.

Interrupciones del embarazo necesarias desde el punto de vista médico

Las interrupciones del embarazo son un servicio cubierto por el AHCCCS solo en situaciones especiales. El AHCCCS cubre la interrupción del embarazo si se cumple alguno de los siguientes criterios:

1. La miembro embarazada sufre un trastorno físico, un daño físico o una enfermedad física, incluida una afección física que pone en peligro su vida, causado por el embarazo en sí o como consecuencia de este y, según lo certificado por un médico, pone a la miembro en peligro de muerte, a menos que el embarazo se interrumpa.
2. El embarazo es el resultado de incesto.
3. El embarazo es el resultado de una violación.
4. La interrupción del embarazo es necesaria desde el punto de vista médico, de acuerdo con el criterio de un médico matriculado que certifica que se podría esperar razonablemente que la continuación del embarazo represente un problema físico o de salud conductual grave para la miembro embarazada al ocasionar lo siguiente:
 - a. un problema físico o de salud conductual grave para la miembro embarazada;
 - b. un deterioro grave de una función corporal de la miembro embarazada;
 - c. una disfunción de un órgano o parte del cuerpo de la miembro embarazada;
 - d. una exacerbación de un problema de salud de la miembro embarazada; o
 - e. la imposibilidad de que la miembro embarazada obtenga tratamiento para un problema de salud.

Atención dental

Consideramos que la atención dental es tan importante como otros tipos de atención que usted recibe. Es por eso que asignamos a todos nuestros miembros menores de 21 años un hogar dental. Esto es como su PCP, pero para la atención dental. Consultaría a este dentista para su atención dental de rutina. Se le enviará por correo su asignación de hogar dental. Llame a este dentista para programar, cancelar o cambiar una cita. Si no recibió o extravió la información de su asignación de hogar dental, puede llamar a Servicios para Miembros.

Nuestro equipo de Servicios para Miembros puede proporcionarle información sobre su hogar dental. También puede ayudarlo a cambiar su asignación de hogar dental.

En el caso de citas dentales de urgencia, los miembros serán atendidos tan pronto como lo requiera su afección de salud, pero a más tardar 3 días hábiles después de la solicitud. Las citas de rutina se brindan durante los 45 días calendario posteriores a la solicitud. En el caso de citas dentales de urgencia con proveedores especializados, los miembros serán atendidos tan pronto como lo requiera su afección de salud, pero a más tardar 2 días hábiles después de la solicitud. Las citas de rutina con proveedores especializados se brindan durante los 45 días calendario posteriores a la solicitud. Para encontrar un dentista o especialista dental, visite UHCCommunityPlan.com o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**.

Los servicios dentales de rutina están cubiertos para miembros menores de 21 años. Algunos de estos servicios incluyen:

- Exámenes dentales, dos por año
- Empastes por caries
- Limpiezas dentales
- Radiografías para detección de problemas dentales
- Aplicación tópica de fluoruro
- Selladores dentales
- Servicios dentales de emergencia

Los miembros mayores de 21 años pueden recibir servicios dentales de emergencia de hasta \$1000 por cada período de 12 meses que comienza el 1.º de octubre y finaliza el 30 de septiembre.

Miembros de DD:

Los miembros mayores de 21 años tienen un beneficio de \$1000 para servicios dentales de rutina, incluidas dentaduras postizas, y un beneficio de \$1000 para servicios dentales de emergencia por cada período de 12 meses que comienza el 1.º de octubre y finaliza el 30 de septiembre. También asignamos un hogar dental a los miembros de DD mayores de 21 años. Puede consultar a este dentista para su atención dental de rutina. Puede cambiar su hogar dental llamando a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**.

Para personas con discapacidad intelectual que residen en un centro de atención intermedia (ICF/IDD), UnitedHealthcare Community Plan proporciona todos los servicios dentales necesarios desde el punto de vista médico, incluidos servicios dentales de emergencia, exámenes dentales, servicios preventivos, servicios terapéuticos y aparatos dentales.

Cómo conseguir sus recetas (medicamentos)

Obtener sus medicamentos recetados es una parte importante de su atención de la salud. Si su médico registrado en el AHCCCS le receta un medicamento que figura en la lista de medicamentos preferidos (preferred drug list, PDL) de su plan, está cubierto, pero es posible que deba pagar un copago (esta lista también se conoce como “vademécum”). Si su medicamento no figura en la PDL, su proveedor de atención puede solicitar para usted un medicamento alternativo que figure en la PDL. UnitedHealthcare Community Plan cubre los medicamentos de esta lista y es posible que pague otros medicamentos con una aprobación previa. Consulte la sección a continuación para obtener información sobre la aprobación previa. Puede surtir sus medicamentos recetados en cualquier farmacia de nuestra red. Muchas están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener una lista de farmacias o para buscar medicamentos en la lista de medicamentos preferidos, use su directorio de proveedores o visite myuhc.com/CommunityPlan.

Si tiene algún problema para obtener sus medicamentos recetados durante los horarios de atención regulares, llame a Servicios para Miembros. Si tiene problemas para obtener sus medicamentos recetados después del horario de atención regular, los fines de semana o los días festivos, pídale a su farmacéutico que llame al servicio de asistencia de farmacia. Este número se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación.

Medicaid no cubre los medicamentos elegibles para la cobertura en virtud de la Parte D de Medicare ni los copagos, el coseguro o deducibles de Medicare para los medicamentos de la Parte D de Medicare. A menos que solo esté inscrito en la Parte A de Medicare y tenga una cobertura de medicamentos recetados confiable.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Aprobación previa

Aprobación previa (autorización) de medicamentos recetados.

Si su medicamento recetado no figura en la PDL, o figura pero requiere aprobación previa, su proveedor de atención puede solicitar una aprobación previa para usted, para que pueda obtener ese medicamento. Aprobaremos o denegaremos la solicitud dentro de las 24 horas. Si se aprueba la solicitud, se les informará a usted y a su proveedor de atención primaria (PCP) sobre la decisión por escrito, incluido el tiempo de aprobación del medicamento. Si se deniega la solicitud, se les informará a usted y a su PCP sobre la decisión por escrito. El aviso por escrito sobre la decisión le indicará cómo y cuándo apelar esta decisión y cómo presentar un reclamo o queja formal ante UnitedHealthcare Community Plan.

Beneficio de suministro para 90 días

Los miembros pueden surtir un suministro para 90 días de medicamentos de mantenimiento seleccionados en una farmacia minorista. Los medicamentos de mantenimiento, por lo general, son aquellos que toma de forma regular para una afección crónica o a largo plazo. Con un suministro para 90 días, no necesitará obtener un resurtido de sus recetas todos los meses. Para obtener más detalles, hable con su médico o farmacéutico. Para obtener una lista completa de los medicamentos incluidos en este beneficio, llame a Servicios para Miembros.

Usted puede obtener medicamentos de mantenimiento pidiéndolos por correo. Si reúne los requisitos, puede obtener un suministro para 90 días de sus medicamentos de mantenimiento por correo y no necesitará obtener un resurtido todos los meses. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información y solicitar un formulario de inscripción para pedidos por correo.

Monitoreo de medicamentos recetados

UnitedHealthcare Community Plan garantiza que el miembro reciba el medicamento adecuado en la dosificación, cantidad y con la frecuencia adecuadas mediante el monitoreo de los patrones de recetas por parte de los miembros, proveedores y farmacias.

Los requisitos de revisión tienen el objetivo de determinar el uso indebido o la utilización en exceso de medicamentos. Puede haber situaciones en las que el plan considere que es necesario limitar a un miembro a una sola farmacia o médico que emite recetas debido al uso inadecuado de medicamentos recetados. Esto se denomina “farmacia exclusiva”.

Se le proporcionará una carta por escrito en la que se explicarán los motivos de esta limitación antes de que se implemente. Esta carta también incluirá su derecho a apelar. Las situaciones que pueden dar lugar a la limitación de un miembro a una sola farmacia o médico que emite recetas se enumeran a continuación:

Utilización en exceso	<p>El miembro utilizó lo siguiente en un período de 3 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• 4 o más médicos que emiten recetas; y• 4 o más medicamentos que pueden dar lugar a un abuso (p. ej., opioides, relajantes musculares, tranquilizantes); y• 4 o más farmacias. <p>O</p> <p>El miembro ha recibido 12 o más recetas para los medicamentos de preocupación (medicamentos que pueden dar lugar a un abuso) en los últimos tres meses.</p>
Fraude	<p>El miembro ha presentado una receta falsificada o alterada en la farmacia.</p>

Servicios de salud conductual

Nos preocupa cómo se siente. Los servicios de salud conductual pueden ayudarlo con los problemas personales que pueden afectarlos a usted y a su familia. Estos problemas pueden ser estrés, depresión, ansiedad o el uso de drogas o alcohol.

Los miembros de Complete Care y DD del AHCCCS asignados a UnitedHealthcare Community Plan recibirán toda su atención de salud conductual de UnitedHealthcare Community Plan, con la excepción de las primeras 23 horas de atención de crisis (consulte la página 9) y parte de atención para los miembros que se determine que tienen una enfermedad mental grave.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para obtener servicios de salud conductual, llame al número que se encuentra en su tarjeta de identificación.

Tiene derecho a aceptar o denegar los servicios de salud conductual que se le ofrezcan. Si desea obtener los servicios de salud conductual ofrecidos, usted o su tutor legal deben firmar un formulario de “Consentimiento para el tratamiento”. Mediante este formulario, usted o su tutor legal brindan permiso para que usted reciba servicios de salud conductual. Al firmar un formulario de “Consentimiento para el tratamiento”, también otorga permiso al AHCCCS para acceder a sus registros.

Para brindarle ciertos servicios, su proveedor necesita obtener su permiso. Su proveedor puede pedirle que firme un formulario o que brinde un permiso oral para recibir un servicio específico. Su proveedor le dará información sobre el servicio para que pueda decidir si desea recibir o no ese servicio.

Esto se denomina consentimiento informado. Significa asesorar a un paciente sobre un tratamiento propuesto, un medicamento psicotrópico o un procedimiento de diagnóstico; sobre las alternativas al procedimiento quirúrgico de tratamiento, el medicamento psicotrópico o el procedimiento de diagnóstico; y sobre los riesgos asociados y las posibles complicaciones; y obtener la autorización documentada o la aprobación del paciente o de la familia del paciente, de la persona designada para tomar decisiones de atención de la salud o del representante designado para el tratamiento propuesto, el procedimiento quirúrgico, el medicamento psicotrópico o el procedimiento de diagnóstico.

El PCP, el proveedor de salud conductual o el administrador de casos evalúa a los miembros para determinar sus necesidades de atención de la salud y los determinantes sociales de la salud. La evaluación de un miembro puede indicar una necesidad de vivienda. Los servicios de apoyo a la vivienda están diseñados para ayudar a las personas o familias a obtener y mantener viviendas en diversos entornos, en función de las necesidades de los miembros, con énfasis en entornos comunitarios independientes, incluido el hogar o los apartamentos propios de la persona, y los hogares que sean propiedad de un proveedor subcontratado o que este alquile.

58 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Algunos miembros pueden calificar para servicios que no pertenecen al título XIX/XXI, como habitación y comida, servicios de salud mental (anteriormente conocidos como curación tradicional), acupuntura auricular y subsidios de apoyo para alquiler/servicios públicos de vivienda y servicios de reubicación. Estos servicios están disponibles para los miembros a través de un referido a la RBHA del condado del miembro.

Una Enfermedad Mental Grave (Serious Mental Illness, SMI) es una afección de salud mental crónica y a largo plazo que afecta la capacidad de una persona para realizar actividades diarias o interactuar. Los diagnósticos de SMI que califican incluyen los siguientes: trastornos psicóticos, trastornos bipolares, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos depresivos, otros trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de estrés postraumático, trastornos disociativos y trastornos de la personalidad.

La evaluación de elegibilidad para una SMI puede obtenerse en cualquier proveedor de admisión de salud conductual del AHCCCS que califique. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058** para obtener más información sobre cómo comunicarse con un proveedor de salud conductual calificado del AHCCCS. Un miembro debe tener 17 años y medio o más para poder ser evaluado a fin de determinar su elegibilidad para una SMI. Un miembro o el tutor del miembro debe otorgar su consentimiento para ser evaluado. Para ser elegible para los servicios de SMI, el miembro debe tener un diagnóstico que califique y una discapacidad funcional como resultado del diagnóstico que califica.

Los miembros que soliciten una determinación de SMI deben ser evaluados por un proveedor calificado dentro de los 7 días posteriores a su solicitud. La entidad determinante, Solari Crisis & Human Services, emitirá una determinación de SMI dentro de los 3 días hábiles posteriores a la evaluación. Solari Crisis & Human Services es la entidad designada responsable de gestionar todas las apelaciones de determinación de elegibilidad para una SMI. Todas las demás apelaciones relacionadas con la salud conductual son procesadas por UnitedHealthcare Community Plan. Solari Crisis & Human Services proporcionará un aviso por escrito sobre su decisión, junto con instrucciones para el proceso de apelación, en caso de que el miembro no esté de acuerdo con su decisión. Para obtener más información sobre los plazos de Solari Crisis & Human Services, visite: <https://crisis.solari-inc.org> o llame a Solari Crisis & Human Services al 1-855-832-2866.

Si se determina que un miembro de ACC tiene una SMI, el plan de salud del miembro cambiará de UnitedHealthcare Community Plan a una Autoridad Regional de Salud Conductual (RBHA).

Los miembros que ya hayan obtenido una determinación de SMI pueden ser elegibles para recibir asistencia especial. La asistencia especial es el apoyo que se brinda a una persona que no puede comunicar sus preferencias ni participar de manera efectiva en el desarrollo de su plan de servicio, plan de alta hospitalaria, proceso de apelación o proceso de queja formal/investigación debido a una afección específica. Si necesita asistencia especial, hable con su proveedor de salud conductual, su administrador de atención o comuníquese con la Oficina de Derechos Humanos del AHCCCS al 1-800-421-2124.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

El cuadro a continuación le mostrará quién proporciona sus servicios de salud conductual

Dr. Health E. Hound	Proveedor de salud conductual
Complete Care del AHCCCS	UnitedHealthcare Community Plan
Complete Care del AHCCCS (exclusión de SMI)	RBHA o TRBHA
DD (discapacidades del desarrollo), incluido SMI	UnitedHealthcare Community Plan o TRBHA

Todos los miembros cuentan con cobertura para servicios de salud conductual en situaciones de crisis o emergencia.

Las citas de salud conductual deben programarse tan pronto como la afección de salud del miembro lo requiera, pero no después de lo siguiente:

Las citas de salud conductual de urgencia se brindan dentro de las 24 horas posteriores a la identificación de la necesidad.

Citas de atención de rutina: la evaluación inicial debe completarse dentro de los 7 días calendario posteriores al referido o la solicitud. El primer servicio de salud conductual después de la evaluación inicial se brinda tan pronto como lo requiera la afección de salud del miembro, pero en el caso de miembros mayores de 18 años, a más tardar 23 días calendario después de la evaluación inicial y en el caso de miembros menores de 18 años, a más tardar 21 días después de la evaluación inicial. Todos los demás servicios de salud conductual deben brindarse tan pronto como lo requiera la afección de salud del miembro, a más tardar en 45 días calendario.

Si siente que podría lastimarse a sí mismo o a otros, llame al 911 para obtener ayuda de emergencia.

En casos de salud conductual, la necesidad se evaluará de inmediato. Se programará una cita a más tardar 30 días calendario posteriores a la identificación de la necesidad. Si se está quedando sin medicamentos o si su afección de salud conductual empeora antes de comenzar a tomar el medicamento, puede ser atendido antes.

Los servicios de salud conductual para los que puede ser elegibles incluyen, entre otros:

- Servicios de administración de casos de salud conductual
- Medicamentos, monitoreo y corrección de salud conductual
- Servicios de atención en residencias terapéuticas para salud conductual
- Control del comportamiento (atención personal, apoyo para la familia/capacitación en atención domiciliaria, apoyo de pares)
- Servicios de médicos
- Transporte de emergencia y no emergencia
- Servicios de emergencia o crisis

60 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

- Asesoramiento y terapia individual, grupal y familiar
- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, desintoxicación y servicios residenciales de salud conductual
- Servicios en centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados
- Servicios de laboratorio y radiología
- Atención parcial (programa diurno supervisado, programa diurno terapéutico, programa especializado de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios y programa diurno médico)
- Apoyo de pares y para la familia
- Rehabilitación psicosocial (capacitación en técnicas para la vida; promoción de la salud; servicios de apoyo laboral)
- Servicios de rehabilitación
- Atención de relevo, con limitaciones
- Detección, evaluación y diagnóstico
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias (medicamentos, opioides y alcohol), tratamiento asistido con medicamentos
- Servicios de apoyo
- Planificación del tratamiento

Puede autorreferirse a un proveedor de salud conductual o ser referido por proveedores, escuelas, agencias estatales u otras partes. Puede consultar a un asesor de salud conductual, especialista en adicciones, psicólogo o psiquiatra sin un referido de su PCP. Para acceder a los servicios de salud conductual, llame al número de salud conductual que figura en su tarjeta de identificación, use su directorio de proveedores o visite nuestro sitio web <https://www.uhccommunityplan.com/az/medicaid/long-term-care.html>.

¿Qué debo hacer si experimento una crisis de salud conductual?

Si sufre una crisis de salud conductual, es importante que obtenga ayuda de inmediato. Llame a la línea estatal para crisis: 1-844-534-HOPE (4673).

La línea de ayuda para trastornos por consumo de sustancias **855-780-5955** es un recurso gratuito y anónimo para mujeres embarazadas y mujeres que están transitando el período posparto (hasta un año), que buscan ayuda para sí mismas o para un ser querido que necesita ayuda con un trastorno por consumo de sustancias. Para obtener más información, consulte la página 50 de este manual o llame directamente a la línea de ayuda para trastornos por consumo de sustancias.

Sanvello

Ayuda a pedido con el estrés, la ansiedad y la depresión

Sanvello es una aplicación que ofrece soluciones clínicas para ayudar a reducir los síntomas del estrés, la ansiedad y la depresión, en cualquier momento. Conéctese con herramientas eficaces que están a su disposición cuando aparecen los síntomas. Conéctese día a día y obtenga beneficios que puede sentir. Use Sanvello cada vez que lo necesite, realice un seguimiento de su progreso y permanezca hasta que se sienta mejor. Puede mejorar la categoría a Premium sin costo al seguir estos pasos:

1. Descargue la aplicación en sanvello.com y ábrala.
2. Cree una cuenta y elija “upgrade through insurance” (actualizar a través del seguro).
3. Busque y seleccione **UnitedHealthcare**, luego, ingrese la información disponible en su tarjeta de seguro médico de UnitedHealthcare.

Descárguela hoy mismo

Hay más información disponible en sanvello.com. Envíe un correo electrónico a info@sanvello.com si tiene alguna pregunta.

Visión de Arizona para la prestación de servicios de salud conductual

Todos los servicios de salud conductual se prestan de acuerdo con los siguientes principios del sistema. El AHCCCS apoya un sistema de prestación de servicios de salud conductual que incluye lo siguiente:

1. Acceso fácil a la atención.
2. Participación del beneficiario de los servicios de salud conductual y de los miembros de la familia.
3. Colaboración con la comunidad en general.
4. Innovación efectiva.
5. Expectativa de mejora.
6. Aptitud cultural.

Los 12 principios para la prestación de servicios a niños

1. Colaboración con el niño y la familia:

- a. El respeto por el niño y los padres, así como la colaboración activa con estos, son la piedra angular para lograr resultados positivos de salud conductual.
- b. Se trata a los padres y niños como colaboradores en el proceso de evaluación, y la planificación, la prestación y la evaluación de los servicios de salud conductual y sus preferencias se toman en serio.

2. Resultados funcionales:

- a. Los servicios de salud conductual están diseñados e implementados para ayudar a los niños a alcanzar el éxito en la escuela, vivir con sus familias, evitar la delincuencia y convertirse en adultos estables y productivos.
- b. La implementación del plan de servicios de salud conductual estabiliza la afección del niño y minimiza los riesgos de seguridad.

3. Colaboración con otros:

- a. Cuando los niños tienen una participación multiagencial y multisistémica, se desarrolla una evaluación conjunta y se implementa un plan de servicios de salud conductual establecido conjuntamente.
- b. Los equipos centrados en el cliente planifican y prestan los servicios.
- c. El equipo de cada niño incluye al niño y a los padres, a cualquier padre adoptivo y a cualquier persona importante en la vida del niño que es invitada a participar por el niño o los padres. El equipo también incluye a todas las demás personas necesarias para desarrollar un plan eficaz, incluido, según corresponda, el maestro del niño, el asistente social de la División de Seguridad Infantil (Division of Child Safety, DCS) o la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) del niño y el oficial de libertad condicional del niño.
- d. El equipo:
 - i. Desarrolla una evaluación común de las fortalezas y necesidades del niño y la familia.
 - ii. Desarrolla un plan de servicio individualizado.
 - iii. Supervisa la implementación del plan.
 - iv. Realiza ajustes en el plan si no tiene éxito.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

4. Servicios accesibles:

- a. Los niños tienen acceso a una amplia gama de servicios de salud conductual, suficientes para garantizar que reciban el tratamiento que necesitan.
- b. Los servicios de la administración de casos se proporcionan según sea necesario.
- c. Los planes de servicios de salud conductual determinan el transporte que los padres y el niño necesitan para acceder a los servicios de salud conductual, y cómo se proporcionará la asistencia de transporte.
- d. Los servicios de salud conductual se adaptan o crean cuando son necesarios pero no están disponibles.

5. Mejores prácticas:

- a. Los servicios de salud conductual son proporcionados por personas competentes que están capacitadas y son supervisadas.
- b. Los servicios de salud conductual se prestan de acuerdo con guías que incorporan “mejores prácticas” basadas en evidencia.
- c. Los planes de servicios de salud conductual identifican y abordan de manera adecuada los síntomas conductuales relacionados con trastornos del aprendizaje, problemas de consumo de sustancias, necesidades de salud conductual especializadas de niños con discapacidades del desarrollo, antecedentes de trauma (p. ej., abuso o negligencia) o eventos traumáticos (p. ej., muerte de un familiar o desastre natural), comportamiento sexual inadaptado, conducta abusiva y comportamientos riesgosos. Los planes de servicios también abordarán la necesidad de estabilidad y la promoción de la permanencia en las vidas de los miembros de la clase, en especial los miembros de la clase en cuidado tutelar.
- d. Los servicios de salud conductual se evalúan y modifican de manera continua si son ineficaces para lograr los resultados deseados.

6. Entorno más adecuado:

- a. Los niños reciben servicios de salud conductual en su hogar y comunidad en la medida de lo posible.
- b. Los servicios de salud conductual se proporcionan en el entorno más integrado adecuado a las necesidades del niño. Cuando se proporciona en un entorno residencial, este es el entorno más integrado y más parecido al hogar apropiado para las necesidades del niño.

7. Puntualidad:

- a. Los niños identificados como que necesitan servicios de salud conductual son evaluados y atendidos de inmediato.

8. Servicios adaptados al niño y a la familia:

- a. Las fortalezas y necesidades únicas de los niños y sus familias determinan el tipo, la combinación y la intensidad de los servicios de salud conductual prestados.
- b. Se alienta y ayuda a padres e hijos a articular sus propias fortalezas y necesidades, los objetivos que persiguen y qué servicios creen que se requieren para cumplir con estos objetivos.

9. Estabilidad:

- a. Los planes de servicios de salud conductual se esfuerzan por minimizar múltiples colocaciones.
- b. Los planes de servicios identifican si un miembro de una clase está en riesgo de experimentar una interrupción de la colocación y, de ser así, identifican los pasos que se deben tomar para minimizar o eliminar el riesgo.
- c. Los planes de servicios de salud conductual anticipan crisis que podrían desarrollarse e incluyen estrategias y servicios específicos que se emplearán si se desarrolla una crisis.
- d. Al responder a crisis, el sistema de salud conductual utiliza todos los servicios de salud conductual adecuados para ayudar al niño a permanecer en su hogar, minimizar las interrupciones de la colocación y evitar el uso inapropiado de la policía y el sistema de justicia penal.
- e. Los planes de servicios de salud conductual anticipan y planifican de manera adecuada las transiciones en las vidas de los niños, incluidas las transiciones a nuevas escuelas y nuevas colocaciones, y las transiciones a servicios para adultos.

10. Respeto por el patrimonio cultural único del niño y la familia:

- a. Los servicios de salud conductual se proporcionan de una manera que respeta la tradición cultural y el patrimonio del niño y la familia.
- b. Los servicios se brindan en español a niños y padres cuyo idioma principal es el español.

11. Independencia:

- a. Los servicios de salud conductual incluyen apoyo y capacitación para padres para satisfacer las necesidades de salud conductual de sus hijos, y apoyo y capacitación para niños en el autocontrol.
- b. Los planes de servicios de salud conductual identifican la necesidad de capacitación y apoyo de los padres e hijos para participar como socios en el proceso de evaluación, y en la planificación, entrega y evaluación de los servicios, y disponen que dicha capacitación y apoyo, incluida la asistencia de transporte, las conversaciones anticipadas y la ayuda para comprender los materiales escritos, estén disponibles.

12. Conexión con apoyos naturales:

- a. El sistema de salud conductual identifica y utiliza adecuadamente los apoyos naturales disponibles de la propia red de asociados del niño y los padres, incluidos amigos y vecinos, y de organizaciones comunitarias, incluidas organizaciones religiosas y de servicio.

Nueve principios rectores para sistemas y servicios de salud conductual para adultos orientados a la recuperación

- 1. Respeto.**
El respeto es la piedra angular. Conozca a la persona tal como se encuentra, sin juzgarla, con mucha paciencia y compasión.
- 2. Las personas en recuperación eligen los servicios y participan en la toma de decisiones del programa y en los esfuerzos de desarrollo del programa.**
Una persona en recuperación puede hacer elecciones y opinar. Su autodeterminación en la orientación de servicios, decisiones de programas y desarrollo de programas es posible, en parte, por la dinámica continua de la educación, el diálogo y la evaluación, lo cual da lugar a un “consumidor informado” y a una gama de opciones posibles más amplia a partir de la cual se toma la decisión. Las personas en recuperación deben participar en todos los niveles del sistema, desde la administración hasta la prestación de servicios.
- 3. Céntrese en la persona como un ser íntegro e incluya o desarrolle apoyos naturales al mismo tiempo.**
Una persona en recuperación se considera nada menos que un ser íntegro: capaz, competente y respetado por sus opiniones y elecciones. Por lo tanto, el enfoque se centra en conferir la mayor autonomía posible y el estilo de vida más natural e integral. Esto incluye el acceso a los apoyos naturales y los sistemas sociales habituales de la comunidad social de una persona, así como la participación en estos.
- 4. Aliente a las personas a tomar medidas para lograr la independencia y tomar riesgos sin miedo al fracaso.**
Una persona en recuperación logra la independencia a través de la exploración, experimentación, evaluación, contemplación y acción. Se mantiene una atmósfera en la que se fomentan y refuerzan las medidas para lograr la independencia en un entorno donde tanto la seguridad como el riesgo se valoran como componentes que promueven el crecimiento.
- 5. Integración, colaboración y participación con la comunidad que se elija.**
Una persona en recuperación es un miembro valioso y contribuyente de la sociedad y, como tal, merece formar parte de la comunidad y aportar beneficios a esta. Dicha integración y participación destacan el rol propio como parte vital de la comunidad, ya que la dinámica comunitaria es inextricable de la experiencia humana. Valoramos el servicio comunitario y el voluntariado.
- 6. Colaboración entre personas, personal y familiares/apoyos naturales para la toma de decisiones en conjunto basada en la confianza.**
Una persona en recuperación, al igual que cualquier miembro de una sociedad, encuentra fortaleza y apoyo a través de colaboraciones. Las colaboraciones basadas en la compasión con un enfoque en la optimización de la recuperación refuerzan la confianza en uno mismo, amplían la comprensión de todos los participantes y dan lugar a la creación de protocolos y resultados óptimos.

7. Las personas en recuperación determinan su propio éxito.

Una persona en recuperación, a través de su propia determinación, descubre el éxito, en parte, por los resultados de la calidad de vida, los cuales pueden incluir una mejor sensación de bienestar, una integración avanzada en la comunidad y una mayor autodeterminación. Las personas en recuperación son expertas en sí mismas y definen sus propios objetivos y resultados deseados.

8. Servicios flexibles y receptivos basados en fortalezas, que reflejan las preferencias culturales de una persona.

Una persona en recuperación puede esperar y merece servicios flexibles, oportunos y receptivos que estén disponibles y que sean accesibles, confiables, responsables y sensibles a los valores culturales y más. Una persona en recuperación es la fuente de su propia fortaleza y resiliencia. Aquellas personas que se desempeñan como apoyos y facilitadores identifican, exploran y ayudan a optimizar las fortalezas que las personas han demostrado como herramientas para generar mayor autonomía y efectividad en la vida.

9. La esperanza es la base del camino hacia la recuperación.

Una persona en recuperación tiene la capacidad de tener esperanza y prospera mejor si colabora con personas que fomentan la esperanza. A través de la esperanza, un futuro de posibilidades enriquece la experiencia de vida y crea el entorno para que los resultados positivos poco comunes e inesperados se hagan realidad. Las posibilidades y el potencial de una persona en recuperación se consideran ilimitados.

Clínicas Interdisciplinarias de Múltiples Especialidades

Las Clínicas Interdisciplinarias de Múltiples Especialidades (Multi-Specialty Interdisciplinary Clinics, MSIC) son clínicas en las que los miembros que han sido designados para recibir un diagnóstico de Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS) pueden consultar a sus especialistas médicos y de salud conductual y a cualquier otra persona involucrada en su atención, todo en un solo lugar. Cuando los miembros designados para CRS cumplan 21 años, no serán más designados para CRS. Sin embargo, pueden continuar recibiendo atención en la MSIC. Todos los miembros pueden ser atendidos en la MSIC, no solo aquellos con un diagnóstico de CRS. En la MSIC, usted y su familia pueden reunirse en persona con los integrantes de su equipo de proveedores para obtener atención médica, planificar su tratamiento y recibir otros servicios que satisfagan sus necesidades únicas. Cada MSIC está abierta de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Algunas clínicas específicas, como la clínica cardíaca, pueden tener días y horarios diferentes. Comuníquese con su MSIC para obtener un horario de las clínicas. Para programar, cambiar o cancelar citas en la MSIC, comuníquese con la MSIC al número de teléfono de la clínica que se indica a continuación.

Los proveedores médicos de su equipo podrían ser:

Cirujanos

- Cirujanos pediátricos generales
- Cirujanos cardiovasculares y torácicos
- Cirujanos otorrinolaringólogos (ORL)
- Neurocirujanos
- Cirujanos oftalmológicos
- Cirujanos ortopédicos (generales y especialistas en manos, escoliosis, amputaciones)
- Cirujanos plásticos

Médicos especialistas

- Cardiólogos
- Neurólogos
- Reumatólogos
- Pediatras generales
- Genetistas
- Urólogos
- Especialistas en metabolismo

Proveedores de servicios dentales

- Dentistas
- Ortodoncistas

Las MSIC se encuentran en las siguientes ubicaciones:

DMG Children’s Rehabilitative Services
3141 North 3rd Avenue
Phoenix, AZ 85013
602-914-1520
855-598-1871

Children’s Health Center
5130 N Highway 89A
Flagstaff, AZ 86004
928-773-2054
800-232-1018

Children’s Clinics
Square & Compass Building
2600 North Wyatt Drive
Tucson, AZ 85712
520-324-5437
800-231-8261, ext. **45437**

Children’s Rehabilitative Services
2851 South Avenue B
Building 25 #2504
Yuma, AZ 85364
928-336-2777
800-837-7309

Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS)

¿Qué es CRS?

Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS) es una designación que se otorga a ciertos miembros del AHCCCS y la DDD que tienen afecciones de salud que califican. Los miembros con una designación de CRS pueden obtener los mismos servicios cubiertos por el AHCCCS que los miembros del AHCCCS que no cuentan con una designación de CRS y pueden recibir atención en la comunidad o en clínicas llamadas Clínicas Interdisciplinarias de Múltiples Especialidades (MSIC). Las MSIC reúnen a muchos proveedores especializados en un solo lugar. Su plan de salud ayudará a un miembro con una designación de CRS mediante una coordinación de atención y un monitoreo más detallados para asegurarse de que se satisfagan las necesidades especiales de atención de la salud.

La División de Servicios para Miembros (Division of Member Services, DMS) del AHCCCS determina la elegibilidad para una designación de CRS.

¿Quién es elegible para una designación de CRS?

Los miembros del AHCCCS pueden ser elegibles para una designación de CRS si cumplen con los siguientes requisitos:

- Son menores de 21 años.
- Tienen una afección médica de CRS que califica.

La afección médica debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Debe requerir tratamiento activo.
- La DMS del AHCCCS debe determinar que cumple con los criterios especificados en la Sección R9-22-1303 del Código Administrativo de Arizona (Arizona Administrative Code, A.A.C.).

Cualquier persona puede completar la solicitud de CRS, incluido un familiar, un médico o un representante del plan de salud. La Unidad de CRS también puede ayudar a completar la solicitud. Puede comunicarse con la Unidad de CRS al: 602-417-4545.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 69
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Para obtener más información, visite:

<https://www.azahcccs.gov/PlansProviders/CurrentProviders/CRSreferrals.html>

Para solicitar una designación de CRS por correo o fax, se debe presentar lo siguiente:

- Una solicitud de CRS completada; y
- Documentación médica que respalde que el solicitante tiene una afección que requiere tratamiento activo y que califica para CRS.

UnitedHealthcare Community Plan proporcionará la atención necesaria desde el punto de vista médico para los servicios de salud física y conductual, y la atención para la afección de CRS.

Consejo Defensor de Miembros (MAC)

El Consejo Defensor de Miembros (Member Advocacy Council, MAC) es una asociación entre UnitedHealthcare Community Plan, nuestros miembros, las familias de los miembros, otras partes interesadas y organizaciones de defensa comunitaria. Los miembros del MAC se reúnen cada dos meses para proporcionar información sobre la prestación de servicios, comunicaciones y materiales para miembros, y recursos centrados en la persona. Los miembros y las familias de los miembros de UnitedHealthcare Community Plan son reclutados para ser miembros del MAC. El MAC brinda a los miembros o a sus familias la oportunidad de reunirse con otros miembros y personal de UnitedHealthcare Community Plan para compartir y debatir ideas e información sobre la forma en que experimentan la atención como miembros.

Si desea participar en las actividades del MAC, envíe un correo electrónico a advocate.OIFA@uhc.com o comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**.

Consejo Asesor de Discapacidades del Desarrollo (DDAC)

El Consejo Asesor de Discapacidades del Desarrollo (Developmental Disabilities Advisory Council, DDAC) es un consejo asesor que hace recomendaciones al subdirector de la División de Discapacidades del Desarrollo sobre asuntos relacionados con discapacidades del desarrollo. La misión del DDAC es proporcionar, en asociación con la División de Discapacidades del Desarrollo, supervisión consultiva en nombre de los consumidores, las familias y los proveedores.

Si desea participar en las actividades del DDAC, visite <https://des.az.gov/ddac>.

Comités de Supervisión Independientes

Los Comités de Supervisión Independientes (anteriormente, los Comités de Derechos Humanos) se establecen de acuerdo con los Estatutos Revisados de Arizona (Arizona Revised Statutes, ARS) § 41-3801, § 41-3803 y § 41-3804. Cada comité está compuesto por grupos de ciudadanos que brindan apoyo y revisión en asuntos relacionados con los derechos de las personas con discapacidades del desarrollo y los miembros que reciben servicios de salud conductual. Los comités de la DDD del DES por región son: central, este, norte, oeste, sur y todo el estado. Los comités del AHCCCS por región son: central, norte, sur, todo el estado y Departamento de Servicios de Salud Arizona State Hospital (DHS ASH). Si desea participar en las actividades del IOC, visite <https://ioc.az.gov/independent-oversight-committee-ioc-application>.

Comité de Revisión de Programas

El Comité de Revisión de Programas (Program Review Committee, PRC) revisa cualquier plan de tratamiento del comportamiento que cumpla con los criterios descritos en el Artículo 9 Manejo de comportamientos inapropiados (Estatutos Revisados de Arizona) con respecto al manejo de comportamientos que son desafiantes para los demás. Los miembros de los comités pueden incluir a un trabajador de atención directa que presta servicios de habilitación, un psicólogo, psiquiatra o analista conductual certificado por la junta médica, el padre o la madre de una persona con una discapacidad del desarrollo y otros. El PRC revisa y aprueba los planes de tratamiento del comportamiento o hace recomendaciones para cambios según sea necesario. Si está interesado en participar en un Comité de Revisión de Programas, visite <https://des.az.gov/how-do-i/volunteer> o llame al 602-542-1991.

Comité de Supervisión de la Ley Lograr una Mejor Experiencia de Vida (ABLE) de Arizona

Una cuenta Lograr una Mejor Experiencia de Vida (Achieving a Better Life Experience, ABLE) es un programa de ahorros para proporcionar a las personas con discapacidades, sus familiares y amigos la opción de contribuir a una cuenta de ahorros exenta de impuestos para gastos relacionados con la discapacidad. El Comité de Supervisión de la Ley ABLE de Arizona compuesto por siete miembros hace recomendaciones y proporciona orientación para el establecimiento, la implementación y la mejora del programa, incluidos cambios legales y de normas. Para obtener más información, visite <https://des.az.gov/services/disabilities/developmental-disabilities/az-able-achieving-better-life-experience/arizona-achieving-better-life-experience-able-act-oversight-committee>.

Consejo de Planificación de Discapacidades del Desarrollo de Arizona (ADDPC)

El Consejo de Planificación de Discapacidades del Desarrollo de Arizona (Arizona Developmental Disabilities Planning Council, ADDPC) proporciona investigación original, educación, defensa y apoyo financiero para ayudar a los residentes de Arizona con discapacidades del desarrollo y a sus familias con empleo, autodefensa e inclusión comunitaria. Su misión es desarrollar y apoyar el desarrollo de capacidades y el cambio sistémico para aumentar la inclusión y la participación de personas con discapacidades del desarrollo en sus comunidades a través de la promoción de la autodeterminación, la independencia y la dignidad en todos los aspectos de la vida. Para obtener más información, llame al 602-542-8970 o visite <https://addpc.az.gov/about/contact-us>.

Consejo de Coordinación Interinstitucional (ICC) para bebés y niños pequeños

El Consejo de Coordinación Interinstitucional (Interagency Coordinating Council, ICC) ayuda al Departamento de Seguridad Económica, Programa de Intervención Temprana de Arizona (DES/ [Arizona Early Intervention Program, AzEIP]), a mejorar la intervención temprana para familias y profesionales. El ICC ayuda con el desarrollo y la implementación de políticas de intervención temprana y proporciona comentarios sobre las políticas federales, estatales o locales que facilitan o impiden la prestación oportuna de servicios.

Si desea participar en actividades del ICC, visite <https://des.az.gov/interagency-coordinating-council-for-infants-and-toddlers>.

Política de Gestión de Utilización y procedimientos

Contamos con políticas y pasos que seguimos para tomar decisiones sobre la aprobación de servicios médicos.

Queremos asegurarnos de que los servicios de atención de la salud proporcionados sean necesarios desde el punto de vista médico, sean adecuados para su afección y se proporcionen en el mejor centro de atención. Nos aseguramos de que se brinde atención de calidad.

Los criterios utilizados en nuestra toma de decisiones están disponibles para usted y su médico si los solicitan. Ningún empleado ni proveedor de UnitedHealthcare Community Plan es recompensado de manera alguna por no brindarle la atención o los servicios que usted necesita, ni por decirle que no debe recibirlos.

Una decisión de Gestión de Utilización (Utilization Management, UM) se refiere al análisis de la idoneidad, la necesidad médica y la eficiencia de los procedimientos, las instalaciones y los servicios de atención de la salud, en función de nuestros criterios establecidos. Puede incluir la planificación del alta hospitalaria, la planificación concomitante, la certificación previa, la aprobación por adelantado y las apelaciones de casos clínicos. Además, puede cubrir procesos proactivos como la revisión clínica concomitante, la revisión externa por expertos y las apelaciones de un proveedor, pagador o paciente/miembro. Un servicio se considerará necesario desde el punto de vista médico si permite prevenir, diagnosticar o tratar una afección o un daño de salud física o conductual, si es necesario para lograr el crecimiento y desarrollo adecuados para la edad, si minimiza el progreso de la discapacidad o si es necesario para alcanzar, mantener o recuperar la capacidad funcional.

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 utilización. No recompensamos a nadie por decir que usted no necesita atención. Si tiene preguntas sobre la UM, puede hablar con el personal de Administración de Casos de Medicaid. Puede llamar al 1-877-440-0255, TTY/TDD 1-800-855-2880 para comunicarse con nuestro personal de enfermería, que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Se encuentran disponibles servicios de asistencia de idiomas.

Proceso de autorización previa

¿Cómo sabré si un servicio ha sido aprobado (autorización) o denegado?

UnitedHealthcare Community Plan revisa su solicitud de servicio, de su PCP o de su especialista. Su médico le informará si se ha aprobado el servicio. Si se ha denegado el servicio, UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta llamada Aviso de determinación de beneficios adversa. Tiene derecho a conocer los criterios que se utilizan para tomar decisiones. Las decisiones normales de autorización se realizan dentro de los 14 días calendario a partir de la fecha en que se recibe la solicitud. Pueden recibirse extensiones de hasta 14 días calendario si es lo más conveniente para usted. Por ejemplo, es posible que estemos esperando recibir los registros médicos de parte de su médico. En lugar de tomar una decisión sin estos registros, es posible que le preguntemos si está bien que tomemos más tiempo para recibir los registros. De esa forma, la decisión podrá tomarse con la mejor información. Le enviaremos una carta solicitándole la extensión.

Las decisiones aceleradas (rápidas) en situaciones urgentes y potencialmente mortales deben tomarse en un plazo máximo de 72 horas después de la recepción de la solicitud de autorización, a menos que haya una extensión vigente. Para obtener más información sobre las cartas de Aviso de determinación de beneficios adversa y las medidas que puede tomar, llame a Servicios para Miembros.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

UnitedHealthcare Community Plan: **1-800-348-4058**, TTY/TDD **711**

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Aprobación previa para un proveedor fuera de la red

UnitedHealthcare Community Plan es un plan para la atención médica administrada. Debe utilizar los proveedores de nuestra red contratada. Sin embargo, puede haber ocasiones en las que necesite atención de un proveedor que no esté en nuestra red. Su PCP o médico tratante pueden solicitarle que consulte a un proveedor fuera de la red llamando a UnitedHealthcare Community Plan: **1-800-348-4058**, TTY/TDD **711**. El proveedor fuera de la red debe estar registrado en el AHCCCS y debe obtener una autorización para brindar los servicios. Los servicios no tendrán costo alguno para usted, menos cualquier copago posible, cuando UnitedHealthcare Community Plan autorice la atención o el servicio por adelantado, antes de que usted visite al proveedor.

Medicamentos que requieren autorización previa

Se requiere autorización previa para algunos medicamentos. Las decisiones de autorización previa para los medicamentos se tomarán dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud. Si se necesita información adicional, UnitedHealthcare le enviará una solicitud a su proveedor y emitirá una decisión definitiva a más tardar 7 días hábiles posteriores a la fecha de la solicitud. Consulte la lista de medicamentos de UnitedHealthcare en UHCommunityPlan.com.

Libertad de elección

Una red de proveedores es un grupo de proveedores que han celebrado un contrato con UnitedHealthcare Community Plan para prestar servicios. Si desea elegir un proveedor en función de su conveniencia, ubicación o preferencia cultural, puede llamar a Servicios para Miembros. Si nuestra red de proveedores no puede proporcionar los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted necesita, estos servicios pueden cubrirse a través de un proveedor fuera de la red hasta que se contrate a un proveedor de la red. Si elige un proveedor que no pertenece a nuestra red, el proveedor deberá obtener autorización previa para prestar los servicios. Todos los proveedores fuera de la red también deben estar registrados en el AHCCCS.

Copagos

A algunas personas que obtienen los beneficios de Medicaid y del AHCCCS se les solicita el pago de copagos por algunos de los servicios médicos del AHCCCS que reciben.

***Nota:** Los copagos referidos en esta sección representan copagos cobrados en virtud de Medicaid (AHCCCS). Esto no significa que una persona esté exenta de los copagos de Medicare.

A las siguientes personas no se les solicita el pago de copagos:

- Menores de 19 años.
- Personas que se determina que tienen una enfermedad mental grave (SMI).
- Una persona designada elegible para los Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS) de conformidad con el Título 9, Capítulo 22, Artículo 13.
- Miembros de ACC, ACC-RBHA y CHP que residen en centros de enfermería o centros residenciales, tales como una residencia de atención asistida y únicamente cuando la afección médica del miembro requeriría de otro modo hospitalización. La exención de copagos para estos miembros se limita a 90 días por año de contrato.
- Personas inscritas en Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona (ALTCS).
- Personas que son Beneficiarios Calificados de Medicare.
- Personas que reciben cuidados paliativos.
- Miembros indígenas estadounidenses que son usuarios activos o han utilizado el Servicio de salud para indígenas, programas de salud tribal operados en virtud de la Ley Pública 93-638 o programas de salud indígenas urbanos.
- Personas que participan en el Programa de Tratamiento del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino (Breast and Cervical Cancer Treatment Program, BCCTP).
- Personas que reciben servicios de bienestar infantil en virtud del Título IV-B sobre la base de ser un niño en cuidado adoptivo o recibir asistencia para adopción o cuidado adoptivo en virtud del Título IV-E, independientemente de la edad.
- Personas embarazadas y durante todo el período posparto después del embarazo.
- Personas del grupo de adultos (por tiempo limitado* *).

*** *Nota:** Por tiempo limitado, las personas que sean elegibles en el grupo de adultos no tendrán copagos. Los miembros del grupo de adultos incluyen a las personas que pasaron del programa de atención del AHCCCS, así como personas que tienen entre 19 y 64 años que no tienen derecho a Medicare y que no están embarazadas, y que tienen ingresos iguales o inferiores al 133 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL) y que no son elegibles para el AHCCCS en ninguna otra categoría. Los copagos para las personas del grupo de adultos con ingresos superiores al 106 por ciento del FPL están planificados para el futuro. Se informará a los miembros sobre cualquier cambio en los copagos antes de que ocurran.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Además, no se cobran copagos a nadie por los siguientes servicios:

- Hospitalizaciones
- Servicios de emergencia
- Suministros y servicios de planificación familiar
- Atención de la salud relacionada con el embarazo y atención de la salud para cualquier otra afección médica que pueda complicar el embarazo, que incluye el tratamiento para dejar de fumar para mujeres embarazadas
- Servicios preventivos, como visitas de bienestar, pruebas de Papanicolaou, colonoscopias, mamografías e inmunizaciones
- Servicios de prevención de proveedores
- Servicios recibidos en el departamento de emergencias

Personas con copagos opcionales (no obligatorios)

A las personas elegibles para el AHCCCS a través de cualquiera de los programas a continuación se les pueden cobrar copagos no obligatorios, a menos que:

1. estén recibiendo uno de los servicios mencionados anteriormente para los que no puede cobrarse un copago; o
2. se encuentren en uno de los grupos anteriores a los que no se les puede cobrar un copago.

Los copagos no obligatorios también se denominan copagos opcionales. Si un miembro tiene un copago no obligatorio, un proveedor no puede denegar el servicio si el miembro indica que no puede pagar el copago. Los proveedores pueden cobrar un copago no obligatorio a los miembros de los siguientes programas:

- AHCCCS para Familias con Hijos (1931)
- Seguro de Transición para Adultos Jóvenes (Young Adult Transitional Insurance, YATI) para jóvenes en cuidado tutelar
- Asistencia estatal para la adopción para niños con necesidades especiales que están siendo adoptados
- Recibir Ingreso de Seguro Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) a través de la Administración del Seguro Social para personas mayores de 65 años, ciegas o discapacitadas
- Asistencia Médica de SSI Únicamente (SSI Medical Assistance Only, MAO) para personas mayores de 65 años, ciegas o discapacitadas
- Libertad para Trabajar (Freedom to Work, FTW)

Pídale a su proveedor que busque su elegibilidad para averiguar qué copagos puede tener. También puede averiguarlo llamando a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan. También puede consultar el sitio web de UnitedHealthcare Community Plan para obtener más información.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Es posible que se solicite a los miembros del AHCCCS con copagos no obligatorios que paguen los siguientes copagos no obligatorios por servicios médicos:

Montos de copago opcionales (no obligatorios) para algunos servicios médicos

Servicio	Copago
Medicamentos recetados	\$2.30
Servicios de fisioterapia, terapia del habla y ocupacional para pacientes ambulatorios	\$2.30
Visitas ambulatorias al consultorio del médico u otro proveedor para la evaluación y control de su atención	\$3.40

Los proveedores médicos le solicitarán que pague estos montos, pero **NO** le negarán servicios si no los puede pagar. Si no puede pagar su copago, informe a su proveedor médico que no puede pagar estos montos para que no se le denieguen los servicios.

Personas con copagos requeridos (obligatorios)

Algunos miembros del AHCCCS tienen copagos requeridos (u obligatorios), a menos que estén recibiendo uno de los servicios mencionados anteriormente para los que no se les pueda cobrar un copago o a menos que estén en uno de los grupos mencionados anteriormente a los que no se les puede cobrar un copago. Los miembros con copagos requeridos deberán pagar los copagos para recibir los servicios. Los proveedores pueden denegar servicios a estos miembros si no pagan los copagos obligatorios. Los copagos obligatorios se cobran a las personas del programa Familias con Hijos que ya no son elegibles debido a sus ingresos, también conocido como Asistencia Médica Transitoria (Transitional Medical Assistance, TMA).

Los adultos con TMA tienen que pagar los copagos requeridos (u obligatorios) para algunos servicios médicos. Si está en el Programa TMA ahora o si es elegible para recibir beneficios de TMA más adelante, el aviso del Departamento de Seguridad Económica (DES) o el AHCCCS se lo informará. Los copagos para miembros de TMA se enumeran a continuación.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Montos de copago requeridos (obligatorios) para personas que reciben beneficios de TMA

Servicio	Copago
Medicamentos recetados	\$2.30
Visitas ambulatorias al consultorio del médico u otro proveedor para la evaluación y control de su atención	\$4.00
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	\$3.00
Procedimientos quirúrgicos ambulatorios voluntarios o que no son de emergencia	\$3.00

Los farmacéuticos y proveedores médicos pueden denegar servicios si no se pagan los copagos.

Límite del 5 por ciento en todos los copagos

El monto total de los copagos no puede ser mayor que el 5% de los ingresos totales de la familia (antes de impuestos y deducciones) durante un trimestre calendario (de enero a marzo, de abril a junio, de julio a septiembre y de octubre a diciembre). El límite del 5 por ciento se aplica tanto a los copagos nominales como a los requeridos.

El AHCCCS hará un seguimiento de los niveles de copago específicos de cada miembro para identificar a los miembros que han alcanzado el límite de copago del 5 por ciento. Si cree que los copagos totales que ha pagado son superiores al 5 por ciento de los ingresos trimestrales totales de su familia y el AHCCCS aún no le ha dicho que esto ha sucedido, debe enviar copias de los recibos u otra prueba de cuánto ha pagado a:

AHCCCS
801 E. Jefferson, Mail Drop 4600
Phoenix, AZ 85034

Si está en este programa, pero sus circunstancias han cambiado, comuníquese con la oficina local de DES para pedirles que revisen su elegibilidad. Los miembros siempre pueden solicitar una reevaluación de su límite del 5 por ciento si sus circunstancias han cambiado.

Miembros de DD:

Participación del miembro en los costos

Las personas inscritas en el Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona (ALTCS) no deben pagar copagos. Esto se aplica a los copagos cobrados en virtud de Medicaid (AHCCCS). Esto no significa que una persona esté exenta de los copagos de Medicare.

En ALTCS, usted puede pagar parte del costo de sus servicios. Si tiene un ingreso mensual, ALTCS calculará cuánto debe pagar. Si vive en un asilo, usted paga su “participación en los costos” a este centro. ALTCS le informará su “participación en los costos del miembro”. Puede solicitar estos montos a su trabajador de elegibilidad de ALTCS en cualquier momento.

Si recibe una factura

Si recibe un servicio cubierto por UnitedHealthcare Community Plan, no debe recibir una factura. Si eso sucede, llame a su proveedor (médico u hospital) de inmediato. Infórmeles que tiene un seguro de UnitedHealthcare Community Plan y asegúrese de que tengan su número de identificación. Informe al proveedor que debe dejar de facturarle y presente una reclamación a UnitedHealthcare Community Plan.

Si continúa recibiendo facturas, envíenos una carta y una copia de su factura a:

UnitedHealthcare Community Plan
Member Services
1 East Washington Street, Suite 900
Phoenix, AZ 85004

Nosotros nos comunicaremos con el proveedor y le pediremos que deje de enviarle facturas. Si acepta recibir servicios que no están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan, puede tener que pagar la factura.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

¿Cuándo se le puede facturar a los miembros por beneficios no cubiertos por AHCCCS?

Si acepta recibir servicios que no están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan o acuerda recibir servicios que exceden los montos permitidos por el plan, puede tener que pagar la factura.

El AHCCCS permite que un proveedor le cobre a un miembro en las siguientes circunstancias:

1. el miembro solicita un beneficio que no está cubierto o autorizado por el plan de seguro médico o AHCCCS; y
2. el proveedor le entrega al miembro un documento que describe los beneficios y el costo aproximado; y
3. el miembro firma el documento antes de recibir los beneficios, en el que demuestra que comprende y acepta la responsabilidad de pago.

Otros seguros y Medicare

Es importante que nos informe si tiene otro seguro o Medicare. Esto no cambia ninguno de los servicios o beneficios que obtiene de UnitedHealthcare Community Plan y del AHCCCS. Trate de elegir un PCP que trabaje con UnitedHealthcare Community Plan y su otro seguro. Esto nos ayudará a coordinar sus beneficios. Si recibe servicios de un médico que no tiene contrato con UnitedHealthcare Community Plan, debe contar con una autorización previa o será responsable del pago, incluidos copagos, coseguro y deducibles.

Los miembros que cuentan tanto con el AHCCCS como con Medicare se denominan “elegibles duales”. UnitedHealthcare Community Plan puede ayudar a pagar los montos de su coseguro, deducible y copago para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare si usted utiliza proveedores de Medicare que también tienen contrato con UnitedHealthcare Community Plan o que cumplen con todas las reglas de costo compartido de UnitedHealthcare Community Plan.

Siempre informe a su médico si tiene otros seguros. Su otro seguro o Medicare es considerado su seguro principal. Ellos pueden pagar por sus servicios médicos. Debe utilizar primero su seguro principal. UnitedHealthcare Community Plan es su seguro secundario. UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarlo a pagar copagos, coseguro o deducibles que otros seguros le pueden cobrar.

No le pague directamente al médico. Si paga los servicios cubiertos por el AHCCCS directamente al médico, no podremos reembolsarle. **Pídale a su médico que le facture a UnitedHealthcare Community Plan.** Asegúrese de mostrarle a su médico su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y la de su otro seguro. Esto lo ayudará a saber dónde enviar la factura. Si no le informa a su médico que tiene otro seguro, podría demorarse el pago por parte de UnitedHealthcare Community Plan.

Si tiene preguntas sobre la forma en que su seguro principal tendrá un impacto sobre su cobertura de UnitedHealthcare Community Plan, llame a Servicios para Miembros antes de recibir los servicios de su médico.

Coordinación de beneficios/responsabilidad de terceros

Sus beneficios de Medicaid en AHCCCS son los pagadores de último recurso. Esto significa que pagarán solamente después de que todas las demás fuentes/seguros se hayan utilizado. UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarlo a pagar copagos, coseguro o deducibles que otros seguros le pueden cobrar.

Beneficio de medicamentos recetados de Medicare y miembros del AHCCCS

El AHCCCS cubre los medicamentos que son necesarios desde el punto de vista médico, eficaces en relación con el costo, y que están autorizados por las leyes federales y estatales.

- Medicare, en lugar del AHCCCS, ofrece cobertura de medicamentos. AHCCCS de todos modos pagará por los otros costos de atención médica cubiertos
- La cobertura de medicamentos de Medicare está disponible para todas las personas que califican que tienen Medicare
- Debe inscribirse y permanecer en un plan de medicamentos para que Medicare pague sus medicamentos
- Usted es elegible para ayuda adicional con los costos de Medicare según la Ayuda adicional del Seguro Social
- La cobertura de medicamentos de Medicare está establecida para pagar medicamentos genéricos y de marca
- Puede cambiarse a otro plan de medicamentos en cualquier momento
- UnitedHealthcare Community Plan paga algunos medicamentos que Medicare no cubre. No deberá pagar un copago por los medicamentos cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan.
- UnitedHealthcare Community Plan trabaja con muchas farmacias. Algunas están abiertas las 24 horas del día.

Si la farmacia le informa que un medicamento no está cubierto, pídale que se comunique con el administrador de beneficios de farmacia. Para obtener más información, visite UHCCommunityPlan.com.

Medicaid no cubre los medicamentos que son elegibles para la cobertura en virtud de los planes de la Parte D de Medicare. Medicaid no paga copagos, deducibles ni costos compartidos de Medicare para los medicamentos de la Parte D de Medicare, excepto para las personas que han recibido una designación de SMI. El AHCCCS cubre los medicamentos que están excluidos de la cobertura en virtud de la Parte D de Medicare si dichos medicamentos cubiertos se consideran necesarios desde el punto de vista médico. Un medicamento excluido es un medicamento que no es elegible para la cobertura en virtud de la Parte D de Medicare. AHCCCS puede cubrir algunos medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC), consulte la lista de medicamentos de venta libre de UnitedHealthcare para conocer qué productos están disponibles ingresando a nuestro sitio web UHCCommunityPlan.com o llame a Servicios para Miembros para solicitar una copia impresa.

Para obtener información sobre los copagos para los medicamentos que están cubiertos por AHCCCS, consulte la sección sobre copagos.

Inquietudes sobre la calidad de la atención

Los miembros/las Personas Designadas para Tomar Decisiones sobre la Atención de la Salud (Health Care Decision Makers, HCDM) pueden presentar inquietudes que incluyen, entre otras, las siguientes:

- La incapacidad de recibir servicios de atención de la salud.
- Inquietudes sobre la Calidad de la Atención (Quality of Care, QOC) recibida.
- Problemas con los proveedores de atención médica.
- Problemas con los planes de salud.
- Acceso oportuno a los servicios.

Las inquietudes en relación con problemas de calidad pueden presentarse llamando a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**.

Quejas formales (reclamos) y apelaciones de los miembros

Quejas formales

Si tiene preguntas o inquietudes sobre su atención médica, debe hablar al respecto primero con su PCP o con el proveedor que lo está tratando. Si no está satisfecho con su médico, UnitedHealthcare Community Plan o cualquier parte de la atención de su salud, puede presentar una queja formal (reclamo) en cualquier momento. Su proveedor o representante también puede presentar una queja formal en su nombre con su permiso por escrito. Le ayudaremos a completar formularios y tomar otras medidas de procedimiento relacionadas con la presentación de una queja formal.

Si necesita ayuda para presentar una queja formal por teléfono o necesita servicios de traducción o interpretación de idiomas para una discapacidad auditiva o de la vista, puede llamar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-348-4058**. También puede enviar su queja formal por escrito.

Envíe su queja por escrito a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Grievance Coordinator
1 East Washington Street
Phoenix, AZ 85004

Cuando recibamos su queja formal, UnitedHealthcare Community Plan le avisará, y analizaremos el problema y decidiremos qué hacer. Si su proveedor cuenta con su permiso por escrito, puede presentar una queja formal en su nombre. La mayoría de las quejas formales se resuelven en un plazo de 10 días hábiles y no exceden los 90 días calendario.

Aviso de determinación de beneficios adversa

Cualquiera de las siguientes acciones por parte de UnitedHealthcare Community Plan constituye una determinación de beneficios adversa:

- Denegar o limitar un servicio solicitado que cumple con la necesidad médica, idoneidad, entorno y efectividad, en función del tipo o nivel de servicio.
- Reducir, suspender o finalizar un servicio previamente autorizado.
- Rechazar el pago parcial o total de un servicio.
- No tomar una decisión con respecto a la autorización o no prestar servicios de manera oportuna.
- No resolver una queja formal o apelación de manera oportuna.
- No permitir que los miembros que viven en un área rural con un solo plan de salud obtengan servicios fuera de la red.
- Rechazar la solicitud de un miembro de disputar una responsabilidad financiera, incluidos los costos compartidos, los copagos, el coseguro y otras responsabilidades financieras del miembro.

Si UnitedHealthcare Community Plan toma una determinación de beneficios adversa, usted recibirá una carta denominada “Aviso de determinación de beneficios adversa”. En ella le comunicaremos:

- Lo que su médico solicitó
- Qué acción se tomó y por qué
- Su derecho a presentar una apelación, solicitar una audiencia imparcial del estado o solicitar una resolución acelerada
- Si estaba recibiendo beneficios, su derecho a la continuidad de sus beneficios durante su apelación y cómo hacerlo

Si no comprende su Aviso de determinación de beneficios adversa, llame a Servicios para Miembros. Tiene derecho a conocer los criterios que se utilizan para tomar decisiones. También puede presentar una queja formal si considera que la carta no fue lo suficientemente clara para usted. Si sigue estando insatisfecho con el aviso, puede comunicarse con el AHCCCS enviando un correo electrónico a MedicalManagement@azahcccs.gov.

Para presentar una queja formal, una apelación o para solicitar una audiencia ante la RBHA en relación con los servicios de crisis proporcionados por la RBHA, llame directamente a la RBHA:

Mercy Care en el condado de Maricopa: 1-800-631-1314 o 602-222-9444

Arizona Complete Health – Plan Complete Care en los condados de Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma:1-866-495-6735

Health Choice Arizona en los condados de Apache, Coconino, Gila, Mohave, Navajo y Yavapai:1-877-756-4090

Miembros de DD:

Quejas formales/solicitudes de investigación debido a una Enfermedad Mental Grave (SMI)

El proceso de presentación de quejas formales/solicitudes de investigación en relación con una SMI se aplica solo a los adultos que se ha determinado que tienen una enfermedad mental grave y a cualquier servicio de salud conductual que reciba el miembro.

Puede presentar una queja formal/solicitud de investigación si considera que ha sucedido lo siguiente:

- Se han violado sus derechos
- El personal de un proveedor lo ha abusado o maltratado
- Se le ha sometido a un entorno de tratamiento peligroso, ilegal o inhumano

Tiene 12 meses a partir del momento en que ocurra la violación de los derechos para presentar una queja formal/solicitud de investigación de SMI relacionada con cualquier servicio de salud conductual que haya recibido. Puede presentar una queja formal/solicitud de investigación de manera oral o por escrito. Puede solicitar formularios de quejas formales/solicitudes de investigación a UnitedHealthcare Community Plan y a los proveedores de servicios de salud conductual. Le brindaremos asistencia para completar formularios y tomar otras medidas de procedimiento relacionadas con la presentación de una queja formal.

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711** para presentar su queja formal/solicitud de investigación oral o escrita.

(continúa en la página siguiente)

Miembros de DD:

Quejas formales/solicitudes de investigación debido a una Enfermedad Mental Grave (SMI)
(continuación de la página anterior)

Para presentar una queja formal/solicitud de investigación por escrito directamente, envíela por correo a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Grievance and Appeals
1 East Washington, Suite 900
Phoenix, AZ 85004

Dentro de los 5 días hábiles de recibir la queja formal/solicitud de investigación, UnitedHealthcare Community Plan responderá por escrito a la persona que presenta la queja formal/solicitud de investigación para confirmar que la queja formal/solicitud de investigación ha sido recibida.

El AHCCCS investiga las quejas formales relacionadas con abusos físicos, abusos sexuales o la muerte de una persona. Para presentar una queja formal oral o escrita relacionada con abusos físicos, abusos sexuales o la muerte de una persona, comuníquese con el AHCCCS a más tardar 12 meses después de la fecha de la presunta violación o afección que debe investigarse. Contacto:

AHCCCS Office of Grievance and Appeals
801 E. Jefferson St., MD6200
Phoenix, AZ 85034

O bien, llame al 602-364-4575
o envíe un fax al 602-364-4591

Las personas sordas o con problemas de audición pueden llamar al Servicio de Retransmisión de Arizona al 711 o al 1-800-367-8939 para obtener ayuda para comunicarse con el AHCCCS.

El AHCCCS le enviará una carta dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción de su queja formal/solicitud de investigación. Esta carta le informará cómo se gestionará su queja formal/solicitud de investigación. Si se llevará a cabo una investigación, en la carta se le informará el nombre del investigador. El investigador se comunicará con usted para obtener más información sobre su queja formal/solicitud de investigación. Luego, el investigador se comunicará con la persona que usted considere responsable de haber violado sus derechos. El investigador también recopilará cualquier otra información que necesite para determinar si se violaron sus derechos.

Recibirá una decisión por escrito con respecto a los hallazgos, las conclusiones y las recomendaciones de la investigación. También se le informará si tiene derecho a apelar la decisión en caso de que no esté de acuerdo con las conclusiones de la investigación.

Si presenta una queja formal/solicitud de investigación, la calidad de su atención no se verá afectada.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Apelaciones

Si no está de acuerdo con una decisión tomada por UnitedHealthcare Community Plan, puede solicitarnos que revisemos la solicitud nuevamente. Esta solicitud de revisión se denomina “apelación”. La apelación puede ser escrita o verbal. Si desea presentar una apelación verbal, llame a Servicios para Miembros. Comuníquese con UnitedHealthcare Community Plan llamando al **1-800-348-4058**.

UnitedHealthcare Community Plan le brindará asistencia para completar formularios y seguir otros pasos del procedimiento en relación con la presentación de una apelación. Si necesita ayuda para presentar una apelación, incluida la necesidad de servicios de traducción o de interpretación de idiomas debido a una discapacidad auditiva o de la visión, llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**. La información sobre apelaciones está disponible en formatos alternativos. Su proveedor o un familiar, la persona designada para tomar decisiones de atención de la salud o el representante designado también pueden presentar una apelación en su nombre con su permiso por escrito. Usted o su familiar, la persona designada para tomar decisiones de atención de la salud o el representante designado deben presentar la apelación en el plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del Aviso de determinación de beneficios adversa. No se tomarán represalias contra usted o su proveedor por presentar una apelación. Esto significa que UnitedHealthcare Community Plan no se molestará con usted o su proveedor, ni intentará tomar represalias contra cualquiera de los dos por presentar una apelación.

Envíe su apelación por escrito a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Member Grievance and Appeals
1 East Washington Street, Suite 900
Phoenix, AZ 85004

Cuando UnitedHealthcare Community Plan reciba su apelación, le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido su apelación. Si desea continuar con sus servicios durante el proceso de apelación, debe informarnos dentro de un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de la carta de Aviso de determinación de beneficios adversa. Si el AHCCCS o la DDD están de acuerdo con la decisión de UnitedHealthcare Community Plan, es posible que usted deba pagar por estos servicios.

UnitedHealthcare Community Plan hará todos los esfuerzos necesarios para investigar su apelación dentro de un plazo de 30 días calendario. Si su médico o UnitedHealthcare Community Plan consideran que su apelación debe revisarse más rápido debido a la gravedad de su afección, recibirá una decisión sobre su apelación dentro de las 72 horas. También puede solicitar que se tome una decisión más rápido. Esto se conoce como apelación acelerada. Si no se necesita una revisión acelerada de su apelación, intentaremos llamarlo y en un plazo de 2 días calendario le enviaremos una carta para informarle que su apelación se revisará en un plazo de 30 días calendario. La carta le explicará cómo presentar una queja formal si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo.

El proceso de apelación puede tardar hasta 14 días calendario más si solicita más tiempo para presentar información o si UnitedHealthcare Community Plan necesita obtener información adicional de otras fuentes. Si necesitamos información adicional, lo llamaremos y le enviaremos una carta en un plazo de 2 días calendario. La carta le explicará cómo presentar una queja formal si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo.

Cuando UnitedHealthcare Community Plan tome una decisión sobre su apelación, le enviaremos por correo una carta de Aviso de resolución de apelación. La carta le informará el motivo por el cual se tomó la decisión. Si UnitedHealthcare Community Plan decide que usted no debe recibir el servicio denegado, la carta también le indicará cómo solicitar una audiencia imparcial estatal y, si estaba recibiendo beneficios, le informará sobre su derecho a que sus beneficios continúen durante su audiencia imparcial estatal y cómo lograr eso.

No se tomarán represalias contra usted o su proveedor por presentar una apelación acelerada. Esto significa que UnitedHealthcare Community Plan no se molestará con usted o su proveedor, ni intentará tomar represalias contra cualquiera de los dos por presentar una apelación acelerada.

Audiencias imparciales estatales

Si no está de acuerdo con la decisión de UnitedHealthcare Community Plan sobre su apelación, puede solicitar una audiencia imparcial del estado. Su solicitud de una audiencia imparcial estatal debe realizarse por escrito y debe recibirse en un plazo de 90 días calendario a partir de la fecha en que recibe la carta de resolución de apelación. El AHCCCS le enviará información sobre cómo se manejará su audiencia imparcial estatal. La administración del AHCCCS decidirá si es correcta la decisión de UnitedHealthcare Community Plan. Si el AHCCCS decide que la decisión que tomó UnitedHealthcare Community Plan fue correcta, es posible que tenga que pagar por los servicios recibidos durante la audiencia imparcial del estado. Si el AHCCCS decide que la decisión de UnitedHealthcare Community Plan no es correcta, UnitedHealthcare Community Plan autorizará y pagará los servicios rápidamente.

Miembros de DD:

Apelaciones para determinación de SMI

Una Enfermedad Mental Grave (SMI) es un trastorno mental que se presenta en personas mayores de 17 años y medio, el cual es grave y persistente. Solari Crisis & Human Services, un proveedor que tiene un contrato con el AHCCCS, determinará una enfermedad mental grave luego de que se presente una solicitud o un referido.

Los miembros que soliciten una determinación de enfermedad mental grave y los miembros que hayan recibido una determinación de una enfermedad mental grave pueden apelar el resultado de una determinación de una enfermedad mental grave.

Solari Crisis & Human Services le enviará una carta por correo para informarle sobre la decisión definitiva sobre su determinación de SMI. Esta carta se denomina “Aviso de decisión”. La carta incluirá información sobre sus derechos y cómo apelar la decisión. Para presentar una apelación, puede llamar a Solari Crisis & Human Services al 1-855-832-2866 dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha que figura en la Carta de aviso de decisión.

(continúa en la página siguiente)

Miembros de DD:

Apelaciones para determinación de SMI (continuación de la página anterior)

Las personas que se ha determinado que tienen una enfermedad mental grave también pueden apelar ciertos aspectos de su plan de tratamiento.

Las personas que reciban una determinación de una enfermedad mental grave también pueden apelar las siguientes decisiones adversas:

- Decisión con respecto a cargos o exenciones
- El informe de evaluación y los servicios recomendados en el plan de servicio o el plan de tratamiento individual o de alta hospitalaria
- La denegación, reducción, suspensión o finalización de cualquier servicio que sea un servicio cubierto financiado a través de fondos que no pertenezcan al Título XIX/XXI *
- Capacidad para tomar decisiones, necesidad de tutela u otros servicios de protección, o necesidad de asistencia especial

***Las personas que reciban una determinación de una enfermedad mental grave no pueden apelar una decisión de denegar, suspender o finalizar servicios que ya no están disponibles debido a una reducción en el financiamiento estatal.**

¿Qué sucede después de que presente una apelación de determinación de SMI?

Si presenta una apelación, recibirá una notificación por escrito de que su apelación se recibió dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción por parte de Solari Crisis & Human Services. Tendrá una conferencia informal con Solari Crisis & Human Services dentro de los 7 días hábiles de presentar la apelación. La conferencia informal debe realizarse en un momento y lugar que sea conveniente para usted. Tiene derecho a que un representante designado que usted elija lo ayude durante la conferencia. Se les informará por escrito a usted y a cualquier otro participante la hora y el lugar de la conferencia con al menos 2 días hábiles de anticipación a la conferencia. Puede participar en la conferencia por teléfono.

(continúa en la página siguiente)

Miembros de DD:

¿Qué sucede después de que presente una apelación de determinación de SMI? (continuación de la página anterior)

En el caso una apelación acelerada, recibirá un aviso por escrito mediante el que se le informará que su apelación se recibió, en el plazo de 1 día hábil desde la recepción por parte de Solari Crisis & Human Services, y la conferencia informal tendrá lugar en el plazo de 2 días hábiles desde la presentación de la apelación. Si la apelación se resuelve a su entera satisfacción durante la conferencia informal, recibirá un aviso por escrito en el que se describirá el motivo de la apelación, los problemas involucrados, la resolución que se tomó y la fecha en que se implementará la resolución. Si no se resuelve la apelación durante dicha conferencia informal, a continuación se llevará a cabo una segunda conferencia informal con el AHCCCS. Puede renunciar a la conferencia informal de segundo nivel y continuar con una audiencia imparcial estatal. Solari Crisis & Human Services lo ayudará a presentar una solicitud de audiencia imparcial estatal al finalizar la conferencia informal de Solari Crisis & Human Services.

Si no se resuelve la apelación durante la segunda conferencia informal con el AHCCCS, se le proporcionará información sobre cómo acceder a una audiencia imparcial estatal. La Oficina de Quejas Formales y Apelaciones del AHCCCS gestiona las solicitudes de audiencias imparciales estatales cuando finalizan las conferencias informales de segundo nivel.

¿Continuaré recibiendo servicios durante el proceso de apelación?

Si presenta una apelación, continuará recibiendo los servicios que ya estaba recibiendo, a menos que un médico clínico calificado determine que reducir o finalizar los servicios es lo mejor para usted, o que usted acepte por escrito reducir o finalizar los servicios.

Miembros de DD:

Apelaciones de salud conductual en relación con una SMI

Cualquier persona mayor de 18 años, su tutor o su representante designado puede presentar una apelación en relación con los servicios solicitados o los servicios que la persona está recibiendo. Por lo general, los asuntos de la apelación se relacionan con lo siguiente:

- Denegación de servicios
- Desacuerdo con los hallazgos de una evaluación en relación con cualquier parte del plan de servicio individual, el plan de tratamiento individual y el plan de alta hospitalaria
- Servicios recomendados o servicios prestados
- Denegación, reducción, suspensión o finalización de cualquier servicio que sea un servicio cubierto financiado a través de fondos que no pertenezcan al Título XIX/XXI. Las personas que reciban una determinación de una enfermedad mental grave no pueden apelar una decisión de denegar, suspender o finalizar servicios que ya no están disponibles debido a una reducción en el financiamiento estatal.
- Decisión con respecto a cargos o exenciones
- Capacidad para tomar decisiones, necesidad de tutela u otros servicios de protección, o necesidad de asistencia especial

Las apelaciones deben presentarse ante UnitedHealthcare Community Plan y deben iniciarse a más tardar 60 días después de que se tome la decisión o la medida que se apela. Puede solicitar formularios de apelación a UnitedHealthcare Community Plan, el AHCCCS y en todos los centros de proveedores. UnitedHealthcare Community Plan intentará tomar una decisión con respecto a todas las apelaciones dentro de los 7 días a través de un proceso informal. Si el problema no puede resolverse, el asunto se someterá a un proceso de apelación adicional. Puede solicitar una revisión administrativa por parte del AHCCCS. Para las quejas formales/solicitudes de investigación y apelaciones en relación con una SMI, debe incluir la siguiente información:

- Nombre de la persona que presenta la queja formal/solicitud de investigación o apelación en relación con una SMI
- Nombre de la persona que recibe los servicios, si no es la misma persona
- Dirección postal y número de teléfono
- Fecha en que sucedió el problema que se apela o el incidente que requiere investigación
- Breve descripción del problema o incidente
- Resolución o solución deseada

(continúa en la página siguiente)

Miembros de DD:

Apelaciones de salud conductual en relación con una SMI (continuación de la página anterior)

Usted puede representarse a sí mismo, designar a un representante o recurrir a un asesor legal. Puede comunicarse con el Sistema Estatal de Protección y Defensa, el Centro Arizona para la Ley de Discapacidad al 1-800-922-1447 en Tucson y al 1-800-927-2260 en Phoenix. También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Humanos al 602-364-4585 o al 1-800-421-2124 para obtener asistencia. Si su queja se relaciona con una agencia de salud conductual autorizada, puede comunicarse con la Oficina de Licencias de Salud Conductual, 150 N. 18th Avenue, Phoenix, Arizona 85007, llamando al 602-364-2595.

UnitedHealthcare Community Plan le brindará asistencia para completar formularios y seguir otros pasos del procedimiento en relación con la presentación de una apelación. Si necesita ayuda para presentar una apelación, incluida la necesidad de servicios de traducción o de interpretación de idiomas debido a una discapacidad auditiva o de la visión, llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**. La información sobre apelaciones está disponible en formatos alternativos. Su proveedor o un familiar, la persona designada para tomar decisiones de atención de la salud o el representante designado también pueden presentar una apelación en su nombre con su permiso por escrito. No se tomarán represalias contra usted o su proveedor por presentar una apelación. Esto significa que UnitedHealthcare Community Plan no se molestará con usted o su proveedor, ni intentará tomar represalias contra cualquiera de los dos por presentar una apelación. Las apelaciones pueden presentarse por escrito o de manera oral ante UnitedHealthcare. Si desea presentar una apelación verbal, llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Envíe su apelación por escrito a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Member Grievance and Appeals
1 East Washington Street, Suite 900
Phoenix, AZ 85004

(continúa en la página siguiente)

Miembros de DD:

Apelaciones de salud conductual en relación con una SMI (continuación de la página anterior)

¿Qué sucede después de presentar una apelación de salud conductual en relación con una SMI?

Si presenta una apelación, recibirá un aviso por escrito mediante el que se le informará que su apelación se recibió dentro de los 5 días hábiles posteriores a su recepción por parte de UnitedHealthcare Community Plan. Tendrá una conferencia informal con UnitedHealthcare Community Plan dentro de los 7 días hábiles posteriores a la presentación de la apelación. La conferencia informal debe realizarse en un momento y lugar que sea conveniente para usted. Tiene derecho a que un representante designado que usted elija lo ayude durante la conferencia. Se le informará por escrito a usted y a cualquier otro participante la hora y el lugar de la conferencia con al menos 2 días hábiles de anticipación a la conferencia. Puede participar en la conferencia por teléfono.

En el caso una apelación acelerada, recibirá un aviso por escrito mediante el que se le informará que su apelación se recibió en el plazo de 1 día hábil desde la recepción por parte de UnitedHealthcare Community Plan, y la conferencia informal tendrá lugar en el plazo de 2 días hábiles desde la presentación de la apelación.

Si la apelación se resuelve a su entera satisfacción durante la conferencia informal, recibirá un aviso por escrito en el que se describirá el motivo de la apelación, los problemas involucrados, la resolución que se tomó y la fecha en que se implementará la resolución. Si no se resuelve la apelación durante dicha conferencia informal, a continuación se llevará a cabo una segunda conferencia informal con el AHCCCS. Puede renunciar a la conferencia informal de segundo nivel y continuar con una audiencia imparcial estatal. Sin embargo, si renuncia a la conferencia informal de segundo nivel con el AHCCCS, UnitedHealthcare Community Plan lo ayudará a presentar una solicitud de audiencia imparcial estatal cuando finalice la conferencia informal de UnitedHealthcare Community Plan.

Si no se resuelve la apelación durante la segunda conferencia informal con el AHCCCS, se le proporcionará información sobre cómo acceder a una audiencia imparcial estatal. La Oficina de Quejas Formales y Apelaciones del AHCCCS gestiona las solicitudes de audiencias imparciales estatales cuando finalizan las conferencias informales de segundo nivel.

¿Continuaré recibiendo servicios durante el proceso de apelación de salud conductual en relación con una SMI?

Si presenta una apelación, continuará recibiendo los servicios que ya estaba recibiendo, a menos que un médico clínico calificado determine que reducir o finalizar los servicios es lo mejor para usted, o que usted acepte por escrito reducir o finalizar los servicios.

Miembros de DD:

Si tiene preguntas o inquietudes sobre su atención médica, debe hablar al respecto primero con su PCP o con el proveedor que lo está tratando.

Si no está conforme con UnitedHealthcare Community Plan, su médico o cualquier área de su atención médica, puede presentar una queja (reclamación). Servicios para Miembros tomará su queja formal y luego UnitedHealthcare Community Plan analizará el problema y decidirá qué hacer.

Si usted no está satisfecho con alguna acción realizada por UnitedHealthcare Community Plan o si UnitedHealthcare Community Plan ha negado un servicio que usted piensa que debería recibir, puede presentar una reclamación formal (apelación) a UnitedHealthcare Community Plan. Puede llamar a Servicios para Miembros o hacerlo por escrito a la dirección que figura en la página 85.

Derechos de los miembros

Tiene derecho a lo siguiente:

- Presentar un reclamo o apelación con respecto a su plan de salud o la atención que proporciona.
- Solicitar información sobre la estructura y el funcionamiento del plan de salud y sus subcontratistas.
- Solicitar información sobre si UnitedHealthcare Community Plan tiene o no Planes de Incentivos para Médicos (Physician Incentive Plan, PIP) que afecten el uso de servicios de referido, el derecho a conocer los tipos de acuerdos de compensación que utiliza el contratista, el derecho a saber si se requiere un seguro de exceso y el derecho a un resumen de los resultados de la encuesta para miembros, de acuerdo con la reglamentación de los PIP.
- Recibir un trato justo y recibir beneficios y servicios cubiertos independientemente de su raza, origen étnico, color, sexo, religión, edad, nacionalidad, capacidad para hablar inglés, capacidad para pagar, estado civil, preferencia sexual, información genética, afección de salud conductual, o discapacidad física o intelectual.
- Que se le brinden servicios de modo tal que respeten su cultura, idioma, origen y capacidades.
- Recibir servicios de intérprete sin costo.
- Obtener esta información en un idioma o formato que usted comprenda, incluido el lenguaje de señas o el sistema Braille.
- Privacidad durante las visitas, citas y tratamientos médicos.
- Privacidad y protección de su información sobre la salud.
- Cambiar su médico por otro contratado por UnitedHealthcare Community Plan.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

- Tener libertad de elección para consultar a cualquier proveedor dentro de la red. El miembro no puede obtener servicios de un proveedor que no esté contratado por UnitedHealthcare Community Plan (a menos que haya sido aprobado anteriormente por el plan de salud). Si tiene otro seguro, puede consultar a un proveedor no contratado. Si no está seguro, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan.
- Conocer los antecedentes profesionales de cualquier persona involucrada en su atención.
- Saber el nombre de su médico.
- Saber que, en ocasiones, el plan de salud puede coordinar la atención con escuelas y agencias estatales, según lo permitido.
- Hablar con su doctor acerca de su atención médica y de cómo obtener los servicios cubiertos. Llamar a Servicios para Miembros si tiene preguntas que su médico no respondió.
- Desarrollar un plan de contingencia con su agencia proveedora para decidir sus preferencias cuando un cuidador llega tarde o no se presenta.
- Solicitar una segunda opinión a un profesional de atención médica calificado perteneciente a la red de UnitedHealthcare Community Plan sin costo alguno para usted. Se puede recibir una segunda opinión de un proveedor fuera de la red, sin costo para usted, si no hay cobertura dentro de la red.
- Recibir un aviso si el PCP asignado o el proveedor que visita con frecuencia abandone la red.
- Obtener información sobre tratamientos y opciones de tratamiento disponibles independientemente del costo o la cobertura de beneficios, y el derecho a rechazar tratamientos apropiados para su afección, en un idioma que comprenda.
- Recibir información sobre alternativas y opciones de tratamientos disponibles, presentada en una forma adecuada para la afección del miembro y su capacidad de entender la información.
- Obtener información sobre Directrices anticipadas.
- Acceder a sus registros médicos o a los registros médicos de su hijo anualmente sin costo alguno para usted, según lo permita la ley, y recibir una respuesta dentro de los 30 días posteriores a su solicitud para obtener una copia de los registros médicos. La respuesta puede ser la copia del registro médico o una denegación por escrito que incluya el fundamento de la denegación e información sobre cómo solicitar la revisión de la denegación de acuerdo con el Título 45, Parte 164 del CFR.
- El miembro tiene derecho a solicitar que sus registros médicos sean enmendados o corregidos según lo permita la ley.
- Permanecer libre de toda restricción o aislamiento usado como medida coercitiva, disciplinaria, de conveniencia o como represalia.
- Recibir información acerca de sus beneficios y el plan de salud, profesionales y proveedores, y derechos y responsabilidades del miembro.
- Ser tratado con respeto y dignidad por los proveedores de atención médica y el personal de UnitedHealthcare Community Plan.
- Recibir información sobre el beneficiario e información del plan.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

- Participar en las decisiones sobre su atención médica, o que un representante facilite la atención o lo ayude a tomar decisiones si usted no está en condiciones de hacerlo.
- Rechazar atención o rechazar la atención proporcionada por ciertos médicos.
- Conocer los idiomas hablados por cada médico contratado por UnitedHealthcare Community Plan.
- Recibir atención de emergencia en cualquier hospital u otro centro sin aprobación de su médico o UnitedHealthcare Community Plan.
- Obtener información sobre cómo obtener atención de salud mental, servicios de abuso de sustancias o una remisión para servicios de especialidades no proporcionados por su PCP.
- Conocer la forma en que UnitedHealthcare Community Plan evalúa las nuevas tecnologías y decide cubrir nuevos tratamientos.
- Saber si necesita seguro para reclamos muy grandes (seguro de compensación).
- Conocer la forma en que UnitedHealthcare Community Plan compensa a los médicos.
- Recibir un resumen de los resultados de la encuesta para miembros.
- Solicitar información acerca de reclamos, apelaciones y solicitudes de audiencias.
- Solicitar información sobre la obtención de servicios fuera del área de servicio contratada de UnitedHealthcare Community Plan.
- Solicitar los criterios que se utilizaron para tomar decisiones sobre su atención.
- Efectuar recomendaciones acerca de la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

Verificación Electrónica de Visitas (EVV)

La Verificación Electrónica de Visitas (Electronic Visit Verification, EVV) es un sistema informático que verifica de manera electrónica que las visitas de servicio autorizadas documenten de manera electrónica la hora exacta en que comienza y finaliza una visita de prestación de servicios, las personas que reciben y prestan un servicio, y el tipo de servicio prestado.

Usamos la EVV para asegurarnos de que usted reciba los servicios que necesita cuando los necesita. Para recibir servicios de atención directa, debe participar en la EVV. Estamos diseñando el sistema para apoyar la forma en que usted administra su atención, incluida la programación de sus servicios y el monitoreo de sus horarios de atención. Tendrá la opción de elegir qué dispositivo se utiliza para verificar que ha recibido un servicio. Diferentes agencias proveedoras pueden proporcionar estos servicios, entre ellas, las siguientes:

- Habilidades de la vida diaria
- Atención médica domiciliaria
- Atención de relevo
- Terapia

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

El sistema EVV verifica electrónicamente:

- Tipo de servicio
- Miembro
- Fecha del servicio
- Ubicación del servicio
- Proveedor
- Horarios del servicio (inicio y fin)

Qué permanece igual	Qué cambiará
Los miembros pueden elegir el proveedor	Se eliminará la hoja de horarios impresa
Disponibilidad de servicios	El dispositivo de la EVV se utilizará para verificar la prestación del servicio
Los miembros pueden elegir un trabajador de atención directa individual	Cómo se obtiene la firma del miembro, la persona encargada de tomar decisiones de atención de la salud/el representante designado
Cómo se proporcionan los servicios	Se requerirá la verificación del miembro, la persona encargada de tomar decisiones de atención de la salud/el representante designado al final de cada visita/turno
Dónde se proporcionan los servicios	

La EVV está diseñada para usted:

- La EVV funciona dondequiera que se presten los servicios, ya sea en el hogar o en la comunidad.
- La EVV respalda la administración de casos, incluida la programación y el monitoreo de los horarios de atención.
- Los miembros tienen la opción de elegir qué dispositivo desean usar para verificar que se haya recibido el servicio.
- Los miembros pueden decidir con qué rapidez se necesitará un cuidador de reemplazo si el cuidador programado llega tarde o no se presenta.
- Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.
- Para obtener información adicional, visite <https://azahcccs.gov/EVV>.

Fraude, malgasto y abuso

Fraude

UnitedHealthcare Community Plan ofrece servicios a las personas con necesidades y que reúnen los requisitos para los servicios. Es importante asegurarnos de que nuestros miembros y proveedores sigan las reglas para obtener y facturar los servicios cubiertos. Si no se siguen las reglas, es posible que un miembro o proveedor esté cometiendo fraude. El fraude es un engaño o una tergiversación intencional cometidos por una persona sabiendo que el engaño podría producir un beneficio no autorizado para sí o para otra persona. Incluye cualquier acto que constituya un fraude en virtud de la ley federal o estatal aplicables, según se define en 42 CFR 455.2. Informe cualquier cosa que vea que no le parezca lo correcto. Esto incluye lo siguiente:

- Usar la tarjeta de identificación de otra persona o permitir que alguien use la suya.
- Proporcionar una dirección incorrecta a fin de reunir los requisitos para el AHCCCS.
- La facturación de un médico o centro por sus servicios cubiertos.
- Un médico que le proporcione servicios que usted no necesita.
- Un proveedor que ofrezca servicios inapropiados.

Malgasto

Utilización en exceso o uso inapropiado de servicios, o uso indebido de recursos o prácticas que dan lugar a costos innecesarios para el programa de Medicaid.

Abuso

Las prácticas del proveedor que no concuerdan con las buenas prácticas médicas, comerciales o fiscales y tienen como resultado un costo innecesario para el programa del AHCCCS o un reembolso por servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico o que no cumplen con los estándares reconocidos profesionalmente para la atención de la salud. También incluye las prácticas del beneficiario que tienen como resultado costos innecesarios para el programa del AHCCCS. 42 CFR 455.2.

Abuso del miembro

El abuso de un miembro está definido por la ley de Arizona (A.R.S. 46-451 y 13-3623). Implica toda provocación imprudente, con conocimiento o intencional de daño o lesión física causada por acciones u omisiones negligentes, confinamiento no razonable, abuso sexual o emocional, o agresión sexual.

Informe de hechos de fraude, malgasto y abuso

El fraude, el malgasto y el abuso son delitos graves. Pueden aplicarse sanciones en virtud de la ley. Puede informar hechos de fraude, malgasto o abuso llamando a Servicios para Miembros. También puede llamar al AHCCCS al 1-888-487-6686 o al 602-417-4193. O visite su sitio web, azahcccs.gov. No tiene que dejar su nombre. No tendrá problemas por informar hechos de fraude, malgasto o abuso.

Un proveedor puede cometer fraude, malgasto o abuso. Algunos ejemplos:

- Brindarle atención que no necesita.
- Facturarle servicios que no recibió.
- Mantenerlo en un hospital más tiempo del que necesita.
- Ocasionalmente daño físico o mental.
- Mal uso de su fondo fiduciario.
- No llevar a cabo su plan de atención.

Si considera que existe fraude, malgasto o abuso con los proveedores, el personal u otros miembros, llame a Servicios para Miembros al **1-800-293-3740**, TTY **711**. No utilizaremos su nombre en su informe. No tendrá problemas por informar estos hechos. Nosotros revisaremos la situación por usted. También puede llamar al AHCCCS al **1-888-487-6686** o al **602-417-4193**, o visitar su sitio web, www.azahcccs.gov. No tiene que dejar su nombre.

Información de apoyo y recursos comunitarios para miembros y familiares, y la Oficina de Asuntos de Individuos y Familias (OIFA)

Defensores/enlaces/coordinadores para miembros

UnitedHealthcare Community Plan apoya a nuestros miembros al contar con coordinadores para miembros y la Oficina de Asuntos de Individuos y Familias para apoyar las necesidades de los miembros cuando hay recursos comunitarios únicos disponibles. Puede comunicarse con estos coordinadores enviando un correo electrónico a advocate.oifa@uhc.com o llamando a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**. A continuación se enumeran ejemplos de estos apoyos:

Coordinador para miembros adultos: un coordinador para miembros con experiencia en salud conductual para adultos trabaja con miembros adultos con necesidades especiales de atención de la salud, sus familias, coordinadores para miembros y otras personas dentro de la comunidad. Este coordinador ayudará a los miembros a abordar sus necesidades físicas, sociales y de salud conductual. Se asegurará de que las solicitudes, las quejas y las inquietudes se aborden y de que se realice un seguimiento de estas para el miembro hasta que se resuelvan.

Coordinador para niños y familias miembros: un coordinador para miembros con experiencia en salud conductual infantil que trabaja con niños con necesidades especiales de atención de la salud, sus familias, coordinadores para miembros y otras personas dentro de la comunidad. Este coordinador ayudará a los miembros/padres/tutores a abordar las necesidades físicas, de salud conductual y sociales de sus hijos. Se asegurará de que las solicitudes, las quejas y las inquietudes se aborden y de que se realice un seguimiento de estas para el miembro/los padres/los tutores hasta que se resuelvan.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Coordinador de tribunales: un único punto de contacto que brinda información específica sobre disposiciones del tribunal para miembros elegibles (p. ej., Tribunal de Casos de Drogas, Tribunal de Salud Mental, Procedimientos Penales), coordina la evaluación y el tratamiento determinados por el tribunal, y ayuda a garantizar el seguimiento relacionado con la disposición del tribunal.

Coordinador para CRS: El único punto de contacto para los miembros con una designación de CRS. Esta persona trabaja con los miembros asignados a la Clínica Interdisciplinaria de Múltiples Especialidades (MSIC) para ayudar a los miembros/padres/tutores a abordar las necesidades físicas, sociales, de atención especializada y de salud conductual de sus hijos. Se asegurará de que las solicitudes, las quejas y las inquietudes se aborden y de que se realice un seguimiento de estas para el miembro/los padres/los tutores hasta que se resuelvan. Para obtener más información, envíe un correo electrónico a CRS_SpecialNeeds@UHC.com.

Administrador laboral/vocacional: el administrador laboral/vocacional se especializa en actividades relacionadas con el empleo y la rehabilitación. El administrador desarrolla servicios vocacionales para ayudar a los miembros a alcanzar sus objetivos laborales/de rehabilitación y garantiza que los proveedores de salud conductual tengan conversaciones con los miembros en relación con el empleo. El administrador es responsable de gestionar y supervisar los programas de apoyo laboral para los proveedores, con el objetivo de mejorar los resultados laborales para los miembros.

Coordinador con el sistema de justicia: su único punto de contacto para comunicarse con el sistema de justicia; esta persona trabaja con el Departamento Correccional de Arizona (Arizona Department of Corrections, ADOC), las cárceles del condado, la Oficina del Comisario, los servicios de salud correccional, el Departamento Correccional Juvenil de Arizona (Arizona Department of Juvenile Corrections, ADJC), la Oficina de Tribunales de Arizona (Arizona Office of the Courts, AOC) y los Departamentos de Libertad Condicional.

Coordinador tribal: coordina la atención y los servicios para los miembros indígenas estadounidenses con naciones tribales y proveedores tribales, al promover servicios y programas para mejorar la salud de los miembros indígenas estadounidenses. El coordinador tribal ayuda a garantizar que las solicitudes, quejas e inquietudes de los miembros indígenas estadounidenses se aborden y se haga un seguimiento de estas hasta que se resuelvan.

Miembros de DD:

Coordinador de salud conductual: un profesional de salud conductual que sirve como punto de contacto principal para proporcionar liderazgo a nivel del plan en el trabajo con proveedores de salud conductual y otras agencias de servicios para miembros. El rol incluye abordar las barreras a la crisis y otras inquietudes de atención de salud conductual planteadas por los miembros con DD, los familiares y los padres/tutores. El coordinador de salud conductual trabaja en colaboración con los administradores de la red para reducir las colocaciones fuera del estado y proporciona asistencia para referidos.

Coordinador con servicios para niños: un punto de contacto designado para abordar inquietudes relacionadas con la prestación y el acceso a servicios de salud conductual para nuestros miembros con DD. Este rol incluye aceptar y responder las consultas de los cuidadores fuera del hogar, los padres adoptivos o los proveedores para abordar obstáculos, incluido el caso de proveedores de servicios de crisis que no respondan.

Coordinador para veteranos: el coordinador para veteranos tiene experiencia en trabajar con veteranos y familiares, defensores y proveedores de veteranos. Este coordinador proporciona educación y apoyo a nuestros veteranos, acompañándolos a lo largo del sistema de salud para asegurarse de que se satisfagan sus necesidades. Además, brinda asistencia en función de las necesidades de los miembros, como recursos laborales y de vivienda. Su objetivo es proporcionar apoyo personalizado a nuestros miembros veteranos. Para obtener más información, envíe un correo electrónico al coordinador para veteranos a milvet_advocate@uhc.com.

Derechos generales de los miembros en virtud de los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)

El propósito de las Reglas de HCBS es garantizar que las personas que reciben HCBS estén integradas en sus comunidades y tengan acceso total a los beneficios de la vida comunitaria.

Estos nuevos requisitos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) afectan a las personas que reciben servicios en entornos residenciales y no residenciales, como centros de vivienda asistida, hogares grupales, salud diurna para adultos, tratamiento y capacitación diurnos, programas de empleo basados en centros, etc.

Recursos comunitarios

Ability 360

Ability 360 ofrece y promueve programas diseñados para empoderar a las personas con discapacidades para que asuman la responsabilidad personal de modo que puedan lograr o continuar con estilos de vida independientes dentro de la comunidad.

Si vive fuera del condado de Maricopa, llame al número 800 que aparece a continuación.

Oficina principal

5025 East Washington Street, Suite 200

Phoenix, AZ 85034

1-602-256-2245

1-800-280-2245

<http://ability360.org/>

Beneficios por discapacidad uno a uno de AZ (AZ DB101)

Es una herramienta en línea para ayudar a los beneficiarios del Seguro Social a tomar decisiones informadas acerca de ir a trabajar. www.az.db101.org

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Centro Nacional de Recursos ABLE

Las cuentas ABLE son cuentas de ahorros con ventajas impositivas para personas con discapacidades y sus familias.

Teléfono: **202-683-6094**

<http://www.ablenrc.org/state-review/arizona>

Oficina de Asuntos de Individuos y Familias del AHCCCS

La Oficina de Asuntos de Individuos y Familias (Office of Individual and Family Affairs, OIFA) promueve la recuperación, la resiliencia y el bienestar de las personas con problemas de salud mental y consumo de sustancias.

<https://www.azahcccs.gov/AHCCCS/HealthcareAdvocacy/OIFA.html>

Organizaciones Dirigidas por Pares y Dirigidas por Familias

Las organizaciones dirigidas por pares son proveedores de servicios que son propiedad de personas que han experimentado trastornos de salud mental o por consumo de sustancias, y que son operadas y administradas por estas. Estas organizaciones se encuentran en la comunidad y brindan servicios de apoyo.

Estos son algunos de los servicios y beneficios que puede encontrar en una organización dirigida por pares:

- Apoyo personalizado de pares
- Grupos de apoyo diarios
- Salidas sociales
- Comidas
- Programas de empleo
- Oportunidades de aprendizaje
- Programas de salud y ejercicio
- Artes creativas
- Recursos
- Defensoría
- Oportunidades de voluntariado
- Programas para jóvenes y adultos jóvenes
- Conocer nuevas personas
- Desarrollo personal y empoderamiento
- Horario extendido o de fin de semana

<https://www.azahcccs.gov/AHCCCS/Downloads/PeerRunOrganizationsFlyer.pdf>

Línea directa del Programa de lactancia del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Obtenga respuestas a sus preguntas sobre lactancia las 24 horas del día llamando a la línea directa de lactancia disponible las 24 horas al **1-800-833-4642** o visitando www.gobreastmilk.org.

Consejo del gobernador de Arizona sobre traumatismo craneal y daño de la médula espinal

<http://www.azheadspine.org> o por teléfono: **1-602-774-9147**

102 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Administración de Servicios de Rehabilitación (Rehabilitation Services Administration, RSA) de Arizona

La RSA supervisa varios programas que están diseñados para ayudar a las personas elegibles que tienen discapacidades a lograr resultados de empleo e independencia mejorada al ofrecer servicios y apoyo integrales.

Para obtener más información, llame al **1-800-563-1221** o visite

<https://des.az.gov/rsa-contact-information>

https://www.azdes.gov/rehabilitation_services/

Arizona@Work

Una red de desarrollo de la fuerza laboral en todo el estado que proporciona a las personas que buscan empleo servicios y recursos para buscar oportunidades de empleo.

<http://www.arizonaatwork.com/>

Agencias sobre el envejecimiento de su área local

El objetivo de una Agencia sobre el envejecimiento del área (Area Agency on Aging, AAA) es permitir a las personas mayores mantener el mayor tiempo posible la máxima independencia y dignidad dentro de sus hogares y comunidades al desarrollar un sistema de servicios integrales coordinados para satisfacer sus necesidades. Los programas ofrecidos están diseñados para mejorar la calidad de vida de los residentes y cuidadores. Las AAA defienden, planifican, coordinan, desarrollan y proporcionan numerosos programas y servicios.

Brindan información sobre Medicare y las diferentes opciones de planes Medicare. Además, tienen un Programa de Defensor del pueblo de la atención a largo plazo. El principal objetivo del Programa Defensor del pueblo de la atención a largo plazo es identificar, investigar y resolver las reclamaciones que realizan los residentes de centros de atención a largo plazo o las reclamaciones que se realizan en su nombre. Si tiene una queja, inquietud o desea obtener más información, comuníquese con su AAA local. Las AAA están enumeradas a continuación por condado:

Condado de Maricopa

<http://www.aaaphx.org/>

Por Teléfono: **602-264-4357**

Línea gratuita: **1-888-783-7500**

Condados de Coconino, Yavapai,

Apache y Navajo

<http://nacog.org/>

Por Teléfono: **928-774-1895**

Línea gratuita: **1-877-521-3500**

Condados de La Paz, Mohave y Yuma

<http://www.wacog.com/>

Por Teléfono: **1-800-782-1886**

Condado de Mohave

Teléfono: **928-753-6247**

Condados de Gila y Pinal

Teléfono: **520-836-2758**

Línea gratuita: **1-800-293-9393**

Condado de Pima

<http://www.pcoa.org/>

Por Teléfono: **520-790-7262**

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Arizona 211

Este sitio web le ayuda a encontrar recursos de cuidado infantil, empleos, atención de la salud, alimentos y seguro. Muestra los boletines y las alertas de catástrofes o emergencias. Colabora con el gobierno, los grupos comunitarios, las organizaciones sin fines de lucro y los grupos tribales para ayudarlo a encontrar recursos.

Teléfono: **2-1-1** dentro de Arizona o **1-800-367-8939** TDD

<https://211arizona.org/>

Centro de Recursos para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades (Aging and Disability Resource Centers, ADRC) de Arizona

El ADRC fue creado para ayudar a personas mayores, personas con discapacidades, cuidadores y familiares de Arizona a encontrar recursos y servicios que satisfagan sus necesidades.

Teléfono: **602-542-4446** o línea gratuita **1-888-737-7494**,
personas con dificultades auditivas (TTY/TDD) **1-866-602-1982**

www.azlinks.gov

Asociación de Alzheimer de Arizona

1-800-272-3900 para acceder a la línea de ayuda las 24 horas de la Asociación de Alzheimer de Arizona.

<http://www.alz.org/dsw>

Asociación de Centros de Salud Comunitarios de Arizona

Es una membresía de centros públicos de atención primaria sin fines de lucro. Para obtener más información, visite el sitio web <http://www.aachc.org/>, llame al **602-253-0090** o envíe un correo electrónico a info@aachc.org.

Arizona Center for Disability Law

Arizona Center for Disability Law es un bufete de abogados sin fines de lucro que ayuda a los residentes de Arizona con discapacidades a promover y proteger sus derechos legales a la independencia, la justicia y la igualdad.

Por Teléfono: **1-800-927-2260** (Phoenix) o **1-800-922-1447** (Tucson)

azdisabilitylaw.org

104 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY 711.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Coalición de Cuidadores de Arizona

Su misión es mejorar la calidad de vida de los cuidadores familiares en Arizona a través de asociaciones colaborativas, defensoría, recursos y apoyo de relevo.

<https://azcaregiver.org>

Línea de recursos gratuita para cuidadores: **1-888-737-7494**

Correo electrónico: info@azcaregiver.org

Coalición de Arizona contra la Violencia Sexual y Doméstica

Teléfono: **1-800-782-6400**

acesdv.org

Departamento de Servicios de Salud de Arizona – Oficina de Salud de Mujeres y Niños

Oficina para Niños con Necesidades de Atención Médica Especiales (Office for Children with Special Health Care Needs, OCSHCN): esta oficina continúa trabajando para mejorar los sistemas de atención, brindar información y referidos a las familias que desean asistencia para encontrar los servicios disponibles para sus hijos; proporciona capacitación a familias y profesionales sobre las mejores prácticas relacionadas con hogares médicos, competencia cultural, transición a la edad adulta y compromiso de la familia y los jóvenes; y apoya la telemedicina para proporcionar servicios en áreas remotas del estado. Puede contactar a la OCSHCN llamando al **1-800-232-1676** o enviando un correo electrónico a OCSHCN@azdhs.gov. El sitio web es <https://www.azdhs.gov/prevention/womens-childrens-health/ocshcn/index.php>.

Departamento de Servicios de Salud de Arizona, Desarrollo de Sistemas de Salud

Ofrece programas y servicios para mejorar el acceso a la atención médica primaria para las poblaciones marginadas y vulnerables. Para obtener más información, visite el sitio web en <https://www.azdhs.gov/audiences/index.php> o llame al **602-542-1025**.

Administración de Servicios de Rehabilitación (RSA) de Arizona

La RSA de Arizona supervisa varios programas que están diseñados para ayudar a las personas elegibles que tienen discapacidades a lograr resultados de empleo e independencia mejorada al ofrecer servicios y apoyo integrales.

Para obtener más información, llame al **1-800-563-1221** o visite <https://des.az.gov/rsa-contact-information>.
https://www.azdes.gov/rehabilitation_services/

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Programa AzEIP

El Programa de Intervención Temprana de Arizona (Arizona Early Intervention Program, AzEIP) es un sistema de todo el estado que brinda apoyo y servicios a familias y niños desde el nacimiento hasta los 3 años, con discapacidades o retrasos en el desarrollo. Para obtener más información sobre AzEIP, llame al **602-532-9960**, llame al número gratuito **1-888-439-5609** o visite el sitio web des.az.gov/services/disabilities/developmental-infant. Si UnitedHealthcare Community Plan proporciona los servicios de AzEIP, llame al **1-800-348-4058** o visite el sitio web UHCommunityPlan.com.

Coalición para la prevención del suicidio de Arizona (AZ Suicide Prevention Coalition)

Para cambiar aquellas condiciones que dan lugar a actos suicidas en Arizona a través de la conciencia, la intervención y la acción.

<http://www.azspc.org>

Centros para la Vida Independiente (Centers for Independent Living, CIL)

Por lo general, son organizaciones comunitarias, no residenciales, privadas, sin fines de lucro, controladas por el consumidor que brindan servicios y defensoría por parte de personas con todo tipo de discapacidades. Su objetivo es ayudar a las personas con discapacidades a alcanzar su máximo potencial dentro de sus familias y comunidades. Los Centros de Vida Independiente también sirven como una fuerte voz de defensa en una amplia gama de problemas. Trabajan para garantizar el acceso físico y programático a la vivienda, el empleo, el transporte, las comunidades, las instalaciones recreativas y los servicios sociales y de salud.

Ability 360

5025 E. Washington St., Suite 200
Phoenix, AZ 85034
Teléfono: **602-256-2245**,
Línea gratuita: **1-800-280-2245**
<http://ability360.org/>

DIRECT Center for Independence

1001 N. Alvernon Way
Tucson, AZ 85711
Teléfono: **520-624-6452**
<http://directilc.org/>

New Horizons Disability Empowerment Center

9400 E. Valley Road
Prescott Valley, AZ 86314
Teléfono: **928-772-1266**
www.nhdec.org

ASSIST! to Independence

P.O. Box 4133
Tuba City, AZ 86045
Teléfono: **928-283-6261**, Línea gratuita: **1-888-848-1449**
<http://www.assistti.org/>

S.M.I.L.E. (Servicios que maximizan la vida independiente y el empoderamiento)

1929 S. Arizona Ave., Suite 11
Yuma, AZ 85364
Teléfono: **928-329-6681**
www.smile-az.org

106 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Dump the Drugs AZ

Ubicaciones para dejar medicamentos recetados:
<https://azdhs.gov/gis/dump-the-drugs-az/>

Family Involvement Center

Family Involvement Center es una organización sin fines de lucro dirigida por familias que fue fundada en 2001. La mayoría de los empleados y la junta directiva tienen experiencia de vida personal en la crianza de niños con desafíos emocionales, conductuales o de salud mental. Los servicios incluyen capacitación, recursos y apoyo para padres.

Family Involvement Center
5333 N 7th Street, Suite A-100
Phoenix, AZ 85014

Asistencia para padres: **602-288-0155**
1-877-568-8468 Línea gratuita
de administración: **602-412-4095**
www.familyinvolvementcenter.org

Servicios de planificación familiar y Pruebas de VIH

Comuníquese con su proveedor de atención médica primaria para obtener información acerca de la planificación familiar y las pruebas de VIH/STI. Para obtener información adicional acerca de los servicios de planificación familiar y las pruebas de VIH, llame a la línea directa de la Oficina de Salud de Mujeres y Niños del ADHS al **1-800-833-4642** o visite el sitio web en www.azdhs.gov/phs/owch/index.htm. Los servicios de planificación familiar y las pruebas de VIH/STI están disponibles en Arizona Family Partnership si llama al **602-258-5777** o al **1-888-272-5652**, o si visita el sitio web www.arizonafamilyhealth.org. Planned Parenthood (Paternidad/maternidad planificados) ofrece también pruebas y servicios. Llame al **1-800-230-7526**. También puede recibir información adicional de su plan de seguro médico del AHCCCS o del ALTCS.

Línea de ayuda para bebés irritables/desde el nacimiento hasta los cinco años

Brinda apoyo a los padres que están preocupados por el temperamento o el comportamiento de su bebé. Línea de ayuda: **1-877-705-5437**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
www.raisingarizonakids.com/2019/01/birth-to-five-helpline-soothe-fussy-babies

Programa Head Start

Head Start es un programa que brinda servicios de salud, educativos, nutricionales, sociales y otros servicios a niños y familias de bajos ingresos. Los programas Head Start crean entornos de aprendizaje que apoyan el crecimiento de un niño en cuanto a lenguaje, alfabetización, matemáticas, ciencias, funcionamiento social y emocional, artes creativas y habilidades físicas. Para obtener más información acerca del programa Head Start o para encontrar un programa en su área, llame al **1-866-763-6481** o visite el localizador de Head Start en <http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/HeadStartoffices>.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Health-e-Arizona Plus

Obtenga información sobre la cobertura del AHCCCS y presente su solicitud en línea en www.healtharizonaplus.gov o llame al **1-855-432-7587**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 6:00 p.m.

Permite a los miembros de AHCCCS ver la información sobre su atención médica y la inscripción de los planes para los siguientes servicios:

- AHCCCS
- Parte D, que es el beneficio de medicamentos recetados de Medicare
- KidsCare
- Salud conductual
- Medicare
- Otros seguros médicos

Los miembros de AHCCCS también pueden ver dos años de la información de inscripción. Los miembros pueden conectarse con los sitios web de su plan de salud. Los miembros pueden ver la fecha de inscripción en su plan de salud. Pueden conectarse con el sitio web de cambio de inscripción anual. Pueden verificar si AHCCCS tiene su dirección correcta.

Ayuda para dejar de fumar

¿Le gustaría idear un plan para dejar de fumar? Visite myuhc.com/CommunityPlan para obtener más información sobre sus beneficios para dejar de fumar. También puede obtener apoyo e información de Quit for Life® en quitnow.net o llamando a Quit For Life®: Obtenga ayuda gratuita para dejar de fumar (número gratuito). **1-866-784-8454**, TTY **711**. Hay grupos de apoyo comunitario, tratamiento para dejar de fumar, atención y servicios disponibles para los miembros en <http://www.azdhs.gov/prevention/tobacco-chronic-disease/tobacco-free-az/index.php>.

O bien, comuníquese con la línea de ayuda para fumadores de ASHLine Arizona: **1-800-55-66-222**. Si desea obtener medicamentos recetados para dejar de fumar, ASHLine lo llamará en los próximos tres días. Si está preparado para DEJAR DE FUMAR AHORA, no espere; llame ahora al **1-800-55-66-222**. www.ashline.org

Programas de visitas a domicilio

Los programas de visitas domiciliarias están disponibles para mujeres embarazadas y familias con hijos desde el nacimiento hasta los 5 años. No tiene ningún costo y un visitante capacitado acudirá al hogar de las familias para brindarles educación sobre temas como crianza, lactancia, soluciones de empleo y cuidado infantil, prevención del abuso/negligencia infantil, desarrollo infantil, salud y bienestar, y preparación para la escuela.

Si vive en el condado de Maricopa y desea obtener más información sobre los programas de visitas a domicilio, comuníquese con Parents Partners Plus al (602) 633-0732 o complete un formulario de referido aquí: <https://www.parentpartnersplus.com>. Si vive fuera del condado de Maricopa, visite <https://strongfamiliesaz.com/programs/> para encontrar información sobre los programas de visitas a domicilio disponibles en su área.

108 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Información y servicios de referido

La Línea directa del Centro de Información Infantil puede ayudarlo a encontrar recursos en su comunidad. El número gratuito para todo el estado es **1-800-232-1676**. Para las personas con pérdida o deterioro auditivo, existe un Dispositivo de telecomunicaciones estatal (TDD/TTY) llamando al **1-800-367-8939**. Esta línea directa funciona de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes.

Ayuda legal

www.azlawhelp.org/legalaidlisting.cfm

Viviendas para personas de bajos ingresos

Para obtener información sobre viviendas y refugios para personas de bajos ingresos:

<https://211arizona.org/>

Viviendas basadas en los ingresos:

- Búsqueda de apartamentos subsidiados:
<https://resources.hud.gov/> Búsqueda de apartamentos subsidiados
- Autoridades de Vivienda Pública:
https://www.hud.gov/program_offices/public_indian_housing/pha/contacts
- Cupones para la elección de viviendas (Sección 8):
https://www.hud.gov/topics/housing_choice_voucher_program_section_8
- Sección 202: Viviendas de apoyo para adultos mayores:
https://www.hud.gov/program_offices/housing/mfh/grants/section202ptl
- Sección 811 Viviendas de apoyo para personas con discapacidades:
https://www.hud.gov/program_offices/housing/mfh/grants/section811ptl

Recursos de prevención de desalojo:

- Asistencia para alquileres de emergencia:
<https://www.consumerfinance.gov/coronavirus/mortgage-and-housing-assistance/renter-protections/find-help-with-rent-and-utilities/>
- Agencias de Asesoría de Vivienda Aprobadas por el HUD:
<https://apps.hud.gov/offices/hsg/sfh/hcc/hcs.cfm?&webListAction=search&searchstate=AZ>
- Herramienta de búsqueda de apartamentos subsidiados por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano:
<https://resources.hud.gov/>

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Mental Health America of Arizona (MHA AZ)

<http://www.mhaarizona.org/>

Comuníquese con Mental Health America of Arizona los días laborables llamando al **602-576-4828**, fuera del condado de Maricopa, **1-800-MHA-9277**.

Niños con Enfermedad Mental y Angustia (Mentally Ill Kids in Distress, MIKID)

MIKID mejora la salud conductual y el bienestar de niños y jóvenes a través de un enfoque centrado en la familia.

<http://www.mikid.org>

Alianza nacional sobre enfermedades mentales (National Alliance on Mental Illness, NAMI)

La NAMI es la organización de salud mental comunitaria más grande del país dedicada a construir mejores vidas para los millones de estadounidenses afectados por enfermedades mentales.

602-244-8166

<http://www.namiarizona.org>

Asistencia y referidos en relación con opioides

Los expertos médicos locales ofrecen recursos, referidos e información sobre opioides a pacientes, proveedores y familiares las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicios de traducción disponibles.

1-888-688-4222

www.bannerhealth.com/services/poison-drug-information/opioid-assistance

Localizador de servicios de opioides del AHCCCS

<https://opioidservicelocator.azahcccs.gov/>

Pilot Parents of Southern Arizona

Proporciona servicios para niños y adultos con discapacidades del desarrollo y sus familias.

Los servicios incluyen capacitación para padres y desarrollo del liderazgo de los padres.

Para obtener más información, llame al **1-877-365-7220** o al **520-324-3150**, o envíe un correo electrónico a p psa@pilotparents.org.

www.pilotparents.org

Control de intoxicaciones

El Control de Intoxicaciones está disponible las 24 horas del día para proporcionar orientación confidencial, profesional y sin costo en caso de emergencia por intoxicaciones. Si la persona se desmaya, tiene una convulsión, tiene problemas para respirar o no puede despertarse:

Llame al 911 de inmediato.

1-800-222-1222

www.poison.org

Postpartum Support International (Lista de recursos de la oficina de AZ)

Línea directa: **1-888-434-6667**

www.postpartum.net

Power Me A2Z

Vitaminas gratuitas para mujeres de Arizona de 18 a 45 años por parte del Departamento de Servicios de Salud de Arizona.

www.powermea2z.org

Raising Special Kids – Arizona’s Family to Family Health Information Center (Centro de información sobre salud de familia a familia de Arizona)

Raising Special Kids es una organización sin fines de lucro de familias que ayudan a otras familias de niños con discapacidades y necesidades médicas especiales. Brindan información, capacitación y materiales para ayudar a las familias a comprender y transitar los sistemas de atención. Los padres se apoyan en su desarrollo de liderazgo a medida que aprenden a abogar por sus hijos. Raising Special Kids promueve oportunidades para mejorar la comunicación entre padres, jóvenes con discapacidades, educadores y profesionales de la salud. Todos los programas y servicios se brindan a las familias sin costo alguno.

Raising Special Kids

5025 East Washington Street, Suite 204

Phoenix, AZ 85034

1-800-237-3007 Línea gratuita

602-242-4366

www.raisingpecialkids.org

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Opciones residenciales

Vivienda Pública (HUD):

<https://portal.hud.gov/hudportal/HUD?src=/states/arizona/renting/hawebsites>

Programa de Viviendas Subsidiadas de Propiedad Privada:

<http://www.hud.gov/apps/section8>

Programa de Vales de Elección de Vivienda:

<https://portal.hud.gov/hudportal/HUD?src=/states/arizona/renting/hawebsites>

Clínicas de escalas de ingresos

Si un miembro pierde la elegibilidad para el AHCCCS, hay clínicas en todo el estado que ofrecen servicios de bajo costo o gratuitos. Comuníquese con el Departamento de Salud de Arizona para obtener más información.

602-542-1025

<https://azdhs.gov/prevention/health-systems-development/sliding-fee-schedule/index.php>

Rehabilitación vocacional

El programa de rehabilitación vocacional brinda una variedad de servicios a personas con discapacidades, con el objetivo final de prepararse para el empleo, obtenerlo o conservarlo.

1-800-563-1221

<https://des.az.gov/services/employment/rehabilitation-services/vocational-rehabilitation-vr>

Programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC)

El Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) de Arizona brinda a los residentes de Arizona alimentos suplementarios nutritivos, educación para la nutrición y referidos. Las personas que usan el WIC son mujeres embarazadas, que están amamantando o que acaban de tener un bebé; y bebés y niños de hasta cinco años con necesidades nutricionales que cumplen con la guía de ingresos. Llame a la línea directa del WIC al **1-800-252-5942** para obtener más información.

Inmunizaciones (vacunas)

Las inmunizaciones (vacunas) pueden evitar que usted y su hijo(a) se enfermen en el futuro. Hable con el PCP de su hijo(a) sobre las inmunizaciones que son necesarias y el momento en que deben recibirse. El mejor lugar para que los niños reciban sus inmunizaciones es en el consultorio de su PCP. Debe usar un cronograma de inmunizaciones y llevarlo actualizado cuando visite al médico de su hijo(a).

Estos son los aspectos esenciales que debe conocer sobre cada una de estas vacunas.

La vacuna contra el **COVID-19** brinda protección contra el virus del COVID-19.

La vacuna **DTaP** brinda protección contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (tos convulsiva). Requiere cinco dosis durante la lactancia y la infancia. Luego, se administran refuerzos de DTaP durante la adolescencia y la edad adulta.

La vacuna **HepA** brinda protección contra la hepatitis A. Se administra en dos dosis entre el primer y segundo año de vida.

La vacuna **HepB** protege contra la hepatitis B (infección hepática). La HepB se administra mediante tres inyecciones. La primera inyección se administra en el momento del nacimiento.

La vacuna **Hib** brinda protección contra el Haemophilus influenzae tipo b. Esta infección solía ser una de las principales causas de la meningitis bacteriana. La vacuna Hib se administra en tres o cuatro dosis.

La vacuna contra el **HPV** brinda protección contra el cáncer causado por el virus del papiloma humano. Los niños de 11 o 12 años deben recibir dos inyecciones de la vacuna contra el HPV, con un intervalo de seis a 12 meses entre ambas.

La vacuna contra la **Influenza (gripe)** brinda protección contra la gripe. Esta es una vacuna estacional que se administra anualmente. Se pueden administrar vacunas contra la gripe a su hijo cada año, a partir de los 6 meses de edad. La temporada de gripe puede durar desde septiembre hasta mayo.

La vacuna **IPV** protege contra la poliomielitis y se administra en cuatro dosis.

La vacuna **antimeningocócica** brinda protección contra la bacteria que causa la enfermedad meningocócica. Los niños deben recibir esta vacuna a los 11 o 12 años.

La vacuna **MMR** brinda protección contra el sarampión, las paperas y la rubéola (sarampión alemán). La vacuna MMR se administra en dos dosis. Se recomienda la administración de la primera dosis entre los 12 y 15 meses de edad. La segunda dosis, por lo general, se administra entre los 4 y los 6 años. Sin embargo, puede administrarse cuando transcurran 28 días después de la primera dosis.

La vacuna **PCV** brinda protección contra la enfermedad neumocócica, que incluye la neumonía. La vacuna PCV se administra en una serie de cuatro dosis.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

La vacuna **RV** brinda protección contra el rotavirus, una causa importante de la diarrea. La vacuna RV se administra en dos o tres dosis, según la vacuna que se utilice.

La vacuna **Tdap** brinda protección a su hijo contra la difteria, el tétanos y la tos ferina. Los niños deben recibir esta vacuna a los 11 o 12 años.

La vacuna contra la varicela brinda protección contra la varicela. La vacuna contra la varicela se recomienda para todos los niños sanos. Se administra en dos dosis.

Atención para adultos

Obtener atención de forma temprana puede ayudar a su médico a encontrar y tratar problemas de salud y a mantenerlo saludable. Siga el cronograma que se muestra a continuación para su atención médica preventiva. Su PCP también le dará consejos para mantenerse saludable, como comer correctamente y hacer ejercicio de forma regular.

Cronograma de atención para adultos

Tipo de servicio	De 18 a 64 años	De 65 años en adelante
Control de la presión arterial	Todos los años (pruebas adicionales en función a su historia clínica)	Todos los años (pruebas adicionales en función a su historia clínica)
Examen mamario	Todos los años	Todos los años
Análisis de colesterol	Una vez (pruebas adicionales en función de los antecedentes)	En función de los antecedentes
Cáncer colorrectal	Todos los años a partir de los 50 años de edad	Todos los años
Vacuna contra la gripe	Todos los años	Todos los años
Educación sobre la salud	En todas las visitas al médico	En todas las visitas al médico
Examen de detección del VIH	Pregunte a su médico si está en riesgo	Pregunte a su médico si está en riesgo
Inmunizaciones (vacunas)	Pregunte a su médico si está en riesgo	Pregunte a su médico si está en riesgo
Mamografía	Todos los años para mayores de 40 años o según la necesidad médica	Todos los años

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Tipo de servicio	De 18 a 64 años	De 65 años en adelante
Prueba de Papanicolau	Anualmente para mujeres sexualmente activas	Consulte con su PCP o ginecólogo
Examen físico (sin vestimenta)	Todos los años	Todos los años
Vacuna contra la pulmonía		Una vez a los 65 años o después
Examen de próstata	Todos los años a partir de los 50 años de edad (pruebas adicionales en función de su historia clínica)	Todos los años
Examen de detección de enfermedades de transmisión sexual	Al menos una vez durante el embarazo (pruebas adicionales en función de sus antecedentes de salud)	Pregunte a su médico si está en riesgo
Vacuna Tdap (tétanos/difteria/tos ferina acelular)	Cada 10 años	Cada 10 años
Examen de testículos	Cada 2 años entre los 18 y los 39 años de edad	No es necesario
Prueba de tuberculosis	Una vez (pruebas adicionales en función de sus antecedentes de salud)	Pregunte a su médico si está en riesgo

Estas son pautas generales. Es posible que su PCP desee que usted obtenga estos servicios con mayor o menor frecuencia.

Decisiones acerca de la atención de su salud (Directrices anticipadas)

Usted tiene derechos y responsabilidades como miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Uno es el derecho a decidir sobre las diferentes opciones para su atención y tratamiento médico. Para asegurarse de que las decisiones que toma sobre su atención sean seguidas, debería anotarlas. Este documento se denomina Directriz anticipada. Las Directrices anticipadas no son difíciles de redactar. Pueden ser oraciones cortas. Estas le informan a los profesionales de atención médica lo que usted desea que se haga y que no puede decirles si se enferma seriamente. Si no puede expresar sus decisiones, un tribunal puede designar a un tutor para que tome decisiones en su nombre.

Una Directriz anticipada es una declaración escrita sobre cómo desea que se tomen sus decisiones de salud. Según la ley de Arizona, existen cuatro tipos comunes. Estos se enumeran a continuación:

1. Poder notarial para atención de la salud
2. Testamento en vida
3. Directriz de atención médica previa al hospital
4. Poder notarial para atención de la salud mental

Poder notarial para atención de la salud

Alguien a quien usted le ha otorgado autoridad para tomar decisiones sobre atención médica en su nombre si usted no las puede tomar (por lo general, un amigo íntimo, familiar o cónyuge). Esta persona se denomina “agente”.

Testamento en vida

Un documento en el que escribe el tipo específico de tratamiento de atención de la salud que desea o no, si no puede expresarle sus decisiones al médico. Además, le informará al médico si debe hacer o no esfuerzos especiales para salvar su vida si está gravemente enfermo.

Directriz de atención médica previa al hospital

Una directriz por escrito (documento legal) que rechaza determinada atención para salvar la vida fuera de un hospital o en una sala de emergencia. Debe completarse según lo exige la ley.

Poder notarial para atención de la salud mental

Un documento que puede usar si desea designar a una persona para que tome decisiones futuras sobre la atención de la salud mental por usted si no puede tomar decisiones por usted mismo.

Entregue una copia de sus Directrices anticipadas a su médico. Guárdese una copia. Puede cambiar estas directrices en cualquier momento. Si hace cambios, asegúrese de que todas las partes reciban una copia.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

UnitedHealthcare Community Plan no puede ayudarlo con estas directrices. Los siguientes grupos pueden brindarle información y ayudarlo a redactar las directrices sobre las decisiones con respecto a su atención médica.

En Tucson:

Southern Arizona Legal Aid

Teléfono: 520-623-9465

Fax: 520-620-0443

www.sazlegalaid.org

En todo el estado:

Community Legal Services, Inc.

305 South 2nd Avenue

P.O. Box 21538

Phoenix, AZ 85036-1538

Teléfono: 1-800-852-9075

Fiscal General de Arizona:

www.azag.gov/seniors/life-care-planning

El Registro de Directrices Anticipadas de Arizona es un registro gratuito que puede usar para almacenar y acceder de manera electrónica a sus directrices médicas. El programa seguro y confidencial brinda tranquilidad a las personas inscritas y a sus familias, así como un fácil acceso para todos los proveedores de atención médica. Para obtener más información, visite: Intercambio de Información de Salud de Arizona: <https://healthcurrent.org/azhdr>.

El Registro de Directrices Anticipadas se trasladó de la Oficina de la Secretaría de Estado de Arizona a Health Current, el centro de Intercambio de Información de Salud de Arizona.

Miembros de DD:

Su coordinador de apoyo de la DDD puede ayudarlo a desarrollar una Directriz anticipada. Puede comunicarse con su coordinador de apoyo de la DDD llamando al 1-844-770-9500, opción 1.

Definiciones de atención administrada

Afección Médica de Emergencia: Una enfermedad, un daño, un síntoma o una afección (incluido dolor intenso) del cual una persona razonable podría esperar lo siguiente si no obtiene atención médica de inmediato:

Apelación: Solicitar la revisión de una decisión que niega o limita un servicio.

Atención de Enfermería Especializada: Servicios especializados proporcionados en su hogar o en un hogar de enfermería por personal de enfermería o terapeutas con licencia.

Atención de la Salud en el Hogar: Consulte la definición de Servicios de Atención Domiciliaria.

Atención de urgencia: Atención para una enfermedad, daño o afección lo suficientemente grave como para buscar atención inmediata, pero no lo suficientemente grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Atención en Sala de Emergencias: Atención que recibe en una sala de emergencias.

Atención Hospitalaria de Pacientes Ambulatorios: Atención en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía nocturna en él.

Autorización Previa: Consulte la definición de **Autorización Previa**.

Autorización Previa: Aprobación de un plan de salud que puede ser necesaria antes de que reciba un servicio. Esta no garantiza que el plan de salud cubrirá el costo del servicio.

Cobertura de Medicamentos Recetados: Fármacos y medicamentos recetados pagados por su plan de salud.

Copago: Dinero que debe pagar un miembro por un servicio de salud cubierto, cuando se brinda el servicio.

Equipo Médico Duradero: Equipos y suministros solicitados por un proveedor de atención médica por un motivo médico para uso repetido.

- Que ponga en peligro la salud de la persona.
- Que ponga en peligro al bebé de una mujer embarazada.
- Que cause daño grave a las funciones corporales.
- Que cause daño grave a cualquier órgano o parte del cuerpo.

Especialista: Un médico que practica un área específica de la medicina o se centra en un grupo de pacientes.

Excluidos: Servicios que el AHCCCS no cubre. Algunos ejemplos son los servicios con las siguientes características:

- Exceden un límite.
- Son experimentales.
- No son necesarios desde el punto de vista médico.

Habilitación: Servicios que ayudan a una persona a obtener y mantener habilidades y técnicas funcionales para la vida diaria.

Hospitalización: Ingresar o permanecer en un hospital.

Medicamento Necesario: Un servicio proporcionado por un médico o profesional de la salud con licencia que ayuda con el problema de salud, detiene enfermedades, discapacidad o extiende la vida.

Medicamentos recetados: Medicamentos solicitados por un profesional de atención médica y proporcionados por un farmacéutico.

Médico de Cabecera: Un médico responsable de controlar y tratar la salud del miembro.

Plan: Consulte la definición de **Plan de Servicio**.

Plan de Servicio: Una descripción escrita de los servicios de salud cubiertos y otros apoyos, que pueden incluir los siguientes:

- Objetivos individuales.
- Servicios de apoyo familiar.
- Coordinación de la atención.
- Planes para ayudar al miembro a mejorar su calidad de vida.

Prima: El monto mensual que un miembro paga por el seguro médico. Un miembro puede tener otros costos de atención, incluidos deducibles, copagos y coseguro.

Proveedor: Persona o grupo que tiene un acuerdo con el AHCCCS para prestar servicios a los miembros del AHCCCS.

Proveedor de Atención Primaria (PCP): Una persona que es responsable de la administración de la atención de la salud del miembro. Las siguientes personas pueden ser PCP:

- Persona matriculada como médico alopático u osteopático.
- Médico definido como asistente médico matriculado.
- Personal de enfermería certificado.

Proveedor Fuera de la Red: Un proveedor de atención médica que tiene un acuerdo de proveedores con el AHCCCS pero que no tiene un contrato con su plan de salud. Es posible que sea responsable de pagar el costo de la atención de proveedores fuera de la red.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Proveedor No Participante: Consulte la definición de **Proveedor Fuera de la Red**.

Proveedor Participante: Consulte la definición de **Proveedores Dentro de la Red**.

Proveedores Dentro de la Red: Un proveedor de atención médica que tiene un contrato con su plan de salud.

Queja formal: Una queja que el miembro comunica a su plan de salud. No incluye un reclamo en relación con la decisión que tome un plan de salud de denegar o limitar una solicitud de servicios.

Red: Médicos, proveedores de atención médica, proveedores y hospitales que tienen un contrato con un plan de salud para brindar atención a los miembros.

Rehabilitación: Servicios que ayudan a una persona a recuperar y mantener habilidades y técnicas funcionales para la vida diaria que se han perdido o disminuido.

Seguro de Salud: Cobertura de los costos de los servicios de atención de la salud.

Servicios de Ambulancia de Emergencia: Transporte en ambulancia por una afección de emergencia.

Servicios de Atención Domiciliaria: Servicios de enfermería, asistencia de salud en el hogar y terapia; y equipos, dispositivos y suministros médicos que un miembro recibe en su hogar en función de las indicaciones de un médico.

Servicios de Cuidados Paliativos: Servicios de apoyo y comodidad para un miembro que un médico considera que se encuentra en las últimas etapas de la vida (seis meses o menos).

Servicios de Emergencia: Servicios para tratar una afección de emergencia.

Servicios Excluidos: Consulte la definición de **Excluidos**.

Servicios Médicos: Servicios de atención de la salud proporcionados por un médico con licencia.

Servicios y Dispositivos de Habilitación: Consulte la definición de **Habilitación**.

Servicios y Dispositivos de Rehabilitación: Consulte la definición de **Rehabilitación**.

Transporte Médico de Emergencia: Consulte la definición de **Servicios de Ambulancia de Emergencia**.

Definiciones del servicio de atención de maternidad

Enfermera Partera Certificada (CNM): Una persona certificada por el Colegio Estadounidense de Enfermeras Parteras (American College of Nursing Midwives, ACNM) mediante un examen de certificación nacional y matriculada por la Junta Estatal de Enfermería para ejercer en Arizona. Las CNM administran de manera independiente la atención de mujeres embarazadas y recién nacidos; proporcionan atención del preparto, parto y posparto, ginecológica y neonatal, dentro de un sistema de atención de la salud que proporciona consultas médicas, administración colaborativa o referidos.

Centros de Maternidad Independientes: Centros obstétricos ambulatorios fuera del hospital, autorizados por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) y certificados por la Comisión para la Acreditación de Centros de Maternidad Independientes. Estos centros cuentan con personal de enfermería registrado y proveedores de atención de maternidad para ayudar con los servicios de trabajo de parto y parto, y están equipados para controlar trabajos de parto y partos sin complicaciones y de bajo riesgo. Estos centros están afiliados con hospitales de cuidados intensivos y se encuentran muy cerca de estos para el control de complicaciones, en caso de que surjan.

Embarazo de Alto Riesgo: Se refiere a una circunstancia en la que la madre, el feto o el recién nacido están, o se prevé que estén, en mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes o después del parto. El alto riesgo se determina mediante el uso de las herramientas de evaluación de riesgo médico estandarizadas de la Compañía de Seguro Médico de Arizona (Medical Insurance Company of Arizona, MICA) o del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG).

Partera Matriculada: Una persona matriculada por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) para proporcionar atención de maternidad de conformidad con el Título 36, Capítulo 6, Artículo 7 del A.R.S. y R9-16 del A.A.C. (Este tipo de proveedor no incluye las enfermeras parteras certificadas autorizadas por la Junta de Enfermería como personal de enfermería practicante en obstetricia o asistentes de médicos autorizados por la Junta Médica de Arizona).

Atención de Maternidad: Incluye identificación del embarazo, atención prenatal, servicios de trabajo de parto, parto y posparto.

Coordinación de Atención de Maternidad: Consiste en las siguientes actividades relacionadas con la atención de maternidad: determinación de las necesidades médicas o sociales del miembro a través de una evaluación de riesgos; desarrollo de un plan de atención diseñado para abordar dichas necesidades; coordinación de los referidos del miembro a los proveedores de servicios y recursos comunitarios adecuados; monitoreo de los referidos para garantizar que se reciban los servicios; y revisión del plan de atención, según corresponda.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Proveedor de Atención de Maternidad: Los siguientes son tipos de proveedores que pueden proporcionar atención de maternidad cuando se hayan capacitado para ello y esta se encuentre dentro del alcance de la práctica:

1. Médicos alopáticos u osteopáticos con licencia de Arizona que son obstetras o proveedores de práctica general/familiar.
2. Asistentes médicos.
3. Personal de enfermería practicante.
4. Enfermeras parteras certificadas.
5. Parteras autorizadas.

Posparto: Período que comienza el último día del embarazo y se extiende hasta el final del mes en el que finaliza el período de 60 días posteriores a la finalización del embarazo. Las medidas de calidad implementadas para la mejora de la calidad de la atención de maternidad pueden utilizar diferentes criterios para el período posparto.

Atención de Posparto: Atención de la salud proporcionada durante un período que comienza el último día del embarazo y se extiende hasta el final del mes en el que finaliza el período de 60 días posteriores a la finalización del embarazo.

Profesional: Se refiere a personal de enfermería practicante certificado en obstetricia, asistentes de médicos y otro personal de enfermería practicante. Los asistentes de médicos y el personal de enfermería practicante están definidos en el Título 32, Capítulos 25 y 15, respectivamente, de los A.R.S.

Asesoramiento Previo a la Concepción: Prestación de asistencia y orientación destinadas a identificar/reducir los riesgos sociales y conductuales a través de intervenciones preventivas y de control, para mujeres en edad reproductiva que pueden quedar embarazadas, independientemente de si planifican concebir. Este asesoramiento se centra en la detección temprana y la gestión de los factores de riesgo antes del embarazo, e incluye esfuerzos para influir en los comportamientos que pueden afectar a un feto antes de la concepción. El objetivo del asesoramiento previo a la concepción es garantizar que una mujer esté saludable antes del embarazo. El asesoramiento previo a la concepción se considera incluido en la visita de atención preventiva para mujeres sanas y no incluye pruebas genéticas.

Atención Prenatal: Prestación de servicios de salud durante el embarazo, que consta de tres componentes principales:

1. Evaluación de riesgo temprana y continua.
2. Promoción y educación sobre la salud.
3. Control, intervención y seguimiento médicos.



Los servicios contratados están financiados en virtud de un contrato con el estado de Arizona. UnitedHealthcare Community Plan no trata a los miembros de manera diferente debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad.

Si considera que lo han tratado en forma injusta debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad, puede enviar una queja a:

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

Debe enviar la queja en el plazo de 60 días calendario desde que se enteró de la situación. Se le enviará una decisión en el plazo de 30 días calendario. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días calendario para pedirnos que analicemos la situación nuevamente.

Si necesita ayuda con su reclamo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

En línea:

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

Los formularios de quejas están disponibles en

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Teléfono:

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

Correo postal:

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

Si necesita ayuda con su reclamo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

Se brindan servicios gratuitos para ayudar a los miembros a comunicarse con nosotros, como otros idiomas o letra grande. O bien, puede solicitar un intérprete. Para solicitar ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

CSAZ20MC4779166_000

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 123
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

[Índice](#)

Miembros de DD:

Conforme a las disposiciones de los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990, el Artículo 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, y la Ley contra la Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, UnitedHealthcare Community Plan prohíbe la discriminación en admisiones, programas, servicios, actividades o empleos por razones de raza, color, religión, sexo, nacionalidad, edad o discapacidad. UnitedHealthcare Community Plan debe realizar adaptaciones razonables para permitir que una persona con discapacidades participe en un programa, un servicio o una actividad.

Los servicios y las ayudas auxiliares están disponibles a pedido para personas con discapacidades, como por ejemplo, obtener una lectura de audio de los materiales del plan para las personas con problemas visuales. Por ejemplo, esto se refiere a que, en caso de ser necesario, UnitedHealthcare Community Plan deberá proporcionar intérpretes de lenguaje de señas a personas sordas, ubicaciones a las que se pueda acceder en sillas de ruedas o materiales impresos en letra grande. UnitedHealthcare Community Plan también ofrece servicios de interpretación de idiomas en más de 240 idiomas.

También se refiere a que UnitedHealthcare Community Plan tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso realizará cambios razonables a una actividad. Si cree que no podrá entender ni participar en un programa o una actividad debido a su discapacidad, infórmenos las necesidades relacionadas con su discapacidad por adelantado si es posible.

Para solicitar este documento en un formato alternativo u obtener más información acerca de esta política, comuníquese con: Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-348-4058**. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con UnitedHealthcare Community Plan.

Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SE PODRÁ USAR SU INFORMACIÓN MÉDICA. CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1.º de enero de 2022

Por ley¹, 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.
- **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.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 125
o llame a Servicios para Miembros al 1-800-348-4058, TTY 711.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

- **Para propósitos de suscripción.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información médica genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios para la salud.
- **Para comunicaciones con usted.** Podemos usar el número de teléfono o el correo electrónico que nos proporcionó para comunicarnos con usted sobre sus beneficios, atención de la salud o pagos.

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

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas que participan en su atención.** Puede ser un miembro de la familia en una emergencia. Esto podría suceder si usted no puede aceptar u objetar la atención. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información médica como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para actividades de salud pública.** Esto podría realizarse para evitar el brote de enfermedades.
- **Para reportar víctimas de abuso, negligencia 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 muerte, 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.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información para operaciones de tratamiento, pago o atención de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Pedir comunicaciones de información confidencial** de una forma diferente o a un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla de correo (P.O. Box), en lugar de a su casa. Aceptaremos su solicitud si la divulgación de la información podría ponerle en peligro. 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 hacer 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.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 127
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY 711.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

- **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**.
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo postal a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300, P.O. Box 1459
Minneapolis MN 55440
- **Para presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una queja a la dirección mencionada anteriormente.

También puede notificarle al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (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.; and 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>.

128 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.

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 2022

Protegemos² 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.

Manual de los planes Complete Care y Developmental Disabilities del AHCCCS para miembros

Preguntas sobre este aviso

Llame al número de teléfono gratuito del miembro 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 de la página 1, desde la última página de Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: AmeriChoice Corporation.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Genoa Healthcare, LLC; Golden Outlook, 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.; OptumHealth Holdings, LLC; Optum Labs, LLC; Optum Networks of New Jersey, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, Inc.; Sanvello Health, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHC 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 exige por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros médicos 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>.

130 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY **711**.



Estamos aquí para usted

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**. También puede visitar nuestro sitio web [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/CommunityPlan).

UnitedHealthcare Community Plan
1 East Washington, Suite 900
Phoenix, AZ 85004

[UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/CommunityPlan)

1-800-348-4058

United
Healthcare
Community Plan

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan 131
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-348-4058**, TTY 711.

[Índice](#)

