



Virginia

Le damos la bienvenida a la comunidad

Mancomunidad de Virginia

Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS)

Manual para Miembros de Cardinal Care

1.º de noviembre de 2023

CSVA23MD0089906_000

**United
Healthcare
Community Plan**



Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Índice

1. Comencemos	6
Le damos la bienvenida a Cardinal Care	6
Otros idiomas y formatos	6
Notificación de no discriminación.	10
Información de contacto importante	11
Permanecer conectado	13
2. Descripción general de la atención administrada de Cardinal Care	14
Inscripción en el plan de salud	14
Paquete de bienvenida	16
Otro seguro	18
3. Proveedores y cómo obtener atención	19
Red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan.	19
Proveedores de Atención Primaria (PCP).	20
Especialistas	22
Proveedores fuera del estado.	22
Cuando un proveedor abandona la red	23
Cómo obtener atención fuera de la red de UnitedHealthcare Community Plan	23
Opciones para miembros en centros de enfermería	24
Cómo programar citas con proveedores	25
Telesalud	25
Cómo obtener atención en el lugar correcto cuando la necesita con urgencia.	26
Cómo recibir atención fuera del horario de atención.	29
Transporte a los servicios de atención	29

4. Coordinación de la atención y administración de la atención	<u>31</u>
Coordinación de la atención	<u>31</u>
¿Qué es la administración de la atención de la salud?	<u>32</u>
Cómo obtener un administrador de atención	<u>32</u>
Evaluación de riesgos de salud	<u>35</u>
Su plan de atención	<u>35</u>
Su equipo de atención médica	<u>35</u>
Coordinación con Medicare u otros planes de salud.	<u>36</u>
Servicios adicionales de administración de la atención.	<u>36</u>
5. Sus beneficios	<u>37</u>
Descripción general de los beneficios cubiertos	<u>37</u>
Beneficios para todos los miembros	<u>38</u>
Beneficios para afiliados en el programa de exención de los Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCBS)	<u>46</u>
Beneficios para niños/jóvenes menores de 21 años	<u>48</u>
Beneficios de planificación familiar, y durante y después del embarazo	<u>50</u>
Cobertura para recién nacidos	<u>51</u>
Beneficios adicionales para los miembros de UnitedHealthcare Community Plan	<u>51</u>
6. Sus medicamentos recetados	<u>53</u>
Comprensión de su cobertura de medicamentos recetados	<u>53</u>
Cómo obtener sus medicamentos de una farmacia de la red	<u>56</u>
Cómo recibir medicamentos por correo en su hogar	<u>57</u>
Programa de Administración y Seguridad de Prestación del Paciente	<u>57</u>
7. Cómo obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos <u>58</u>	<u>58</u>
Segundas opiniones	<u>58</u>
Autorización de servicio.	<u>58</u>
Determinaciones de beneficios adversas	<u>61</u>

8. Quejas y apelaciones	<u>62</u>
Apelaciones	<u>62</u>
Quejas	<u>67</u>
9. Costo compartido	<u>70</u>
Copagos	<u>70</u>
Pago del paciente	<u>70</u>
Primas	<u>71</u>
10. Sus derechos	<u>72</u>
Derechos generales	<u>72</u>
Directrices anticipadas	<u>73</u>
Comité de Asesoramiento para Miembros	<u>74</u>
11. Sus responsabilidades	<u>75</u>
Responsabilidades generales	<u>75</u>
Informar hechos de fraude, malgasto y abuso	<u>76</u>
12. Palabras y definiciones clave de este manual	<u>79</u>
Avisos del plan de salud sobre prácticas de privacidad	<u>89</u>

1. Comencemos

Le damos la bienvenida a Cardinal Care

Medicaid y el plan Family Access to Medical Insurance Security (FAMIS) son programas de seguro de salud financiados por el estado y el gobierno federal. Son administrados por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia (Department of Medical Assistance Services, DMAS o “el Departamento”). Para obtener más información, visite dmas.virginia.gov y dmas.virginia.gov/for-members/cardinal-care. Los límites de ingresos mensuales para la elegibilidad varían según el programa. Para obtener más información sobre la elegibilidad, visite coverva.org. Ambos programas brindan beneficios completos, como se describe a continuación.

En este Manual para miembros se explican los beneficios y cómo acceder a los servicios de Cardinal Care y del programa Medicaid/FAMIS de Virginia. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., visite nuestro sitio web en uhcommunityplan.com/Virginia o llame a su administrador de atención.

Otros idiomas y formatos

Si necesita obtener este manual en letra grande, en otros formatos o idiomas, si necesita una versión que se lea en voz alta o si necesita una copia impresa, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-844-752-9434**, TTY **711**. Puede obtener lo que necesita de forma gratuita. Los miembros con necesidades alternativas auditivas o de comunicación oral pueden marcar 711 para comunicarse con un operador de Servicios de retransmisión de telecomunicaciones (Telecommunications Relay Services, TRS) que podrá ayudarle. Las personas con discapacidades también pueden solicitar ayuda o servicios auxiliares sin costo alguno. Visítenos en línea en cualquier momento en uhcommunityplan.com/Virginia o dmas.virginia.gov.

English

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call **1-844-752-9434, TTY 711.**

Spanish

ATENCIÓN: si habla **español (Spanish)**, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-844-752-9434, TTY 711.**

Korean

참고: **한국어(Korean)**를 하시는 경우, 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-844-752-9434, TTY 711** 로 전화하십시오.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói **Tiếng Việt (Vietnamese)**, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số **1-844-752-9434, TTY 711.**

Chinese

注意:如果您說**中文(Chinese)**, 您可獲得免費語言協助服務。請致電 **1-844-752-9434**, 或聽障專線(TTY)**711**。

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية (Arabic) ، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل بالرقم **1-844-752-9434** ، الهاتف النصي **711**.

1. Comencemos

Tagalog

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog (Tagalog), may magagamit kang mga serbisyo ng pantulong sa wika, nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-752-9434, TTY 711.

Persian (Farsi)

توجه: اگر به فارسی (Farsi) صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان در اختیارتان قرار می گیرد. با 1-844-752-9434 (TTY 711) تماس بگیرید.

Amharic

የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ (Amharic) ከሆነ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎት ከክፍያ ነጻ አለልዎት። ወደ 1-844-752-9434, TTY 711 ይደውሉ።

Urdu

توجه فرمائیں: اگر آپ کی زبان اردو (Urdu) ہے تو آپ کے لیے لسانی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ 1-844-752-9434 (TTY 711) پر کال کریں۔

French

ATTENTION: Si vous parlez français (French), vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuite. Appelez le 1-844-752-9434, TTY 711.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски (Russian), вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните по тел 1-844-752-9434, TTY 711.

Hindi

ध्यान दे: यदि आप **हिंदी (Hindi)** भाषा बोलते हैं तो भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। कॉल करें **1-844-752-9434**, TTY 711.

German

HINWEIS: Wenn Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Wählen Sie: **1-844-752-9434**, TTY 711.

Bengali

আপনি যদি **বাংলায় কথা (Bengali)** বলেন, তাহলে ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি, আপনার জন্য বিনামূল্যে উপলব্ধ আছে। **1-844-752-9434**, TTY 711 নম্বরে ফোন করুন।

Kru (Bassa)

TÒ ÌDÙŪ NÒ MÒ DYÍIN CÁO: À bédé gbo-kpá-kpá **bó wuḍu (Kru (Bassa))**-dù kò-kò po-nyò bě bìlì nō à gbo bó pídyi. M̄ dyi gbo-kpá-kpá m̄ ó ín, d̄á nò bà nià k̄e: **1-844-752-9434**, TTY 711.

Igbo

Ọ bụrụ na ị na asụ **Igbo (Igbo)**, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu dijiri gi. Kpọọ **1-844-752-9434**, TTY 711.

Yoruba

Tí ó bá ń s **Yorùbá (Yoruba)**, ìrànṣíwọ́ ìtum èdè, wà fún ní ọfẹ́. Pe **1-844-752-9434**, TTY 711.

1. Comencemos

Notificación de no discriminación

UnitedHealthcare no discrimina (ni lo trata de manera diferente) debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. UnitedHealthcare Community Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

UnitedHealthcare Community Plan proporciona lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos para personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva; por ejemplo, intérpretes de lengua de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-844-752-9434**, TTY **711**. Esta llamada es gratuita.

Si considera que UnitedHealthcare no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo en función de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, una discapacidad o el sexo, puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por teléfono:

Civil Rights Coordinator, DMAS
600 E. Broad St.
Richmond, VA 23219
Teléfono: 804-786-7933, TTY 1-800-343-0634

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por vía electrónica en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

1-800-368-1019, TTY **800-537-7697**

Los formularios de quejas están disponibles en

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

- 10 ¿Tiene preguntas? Visite uhccommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Información de contacto importante

La siguiente es una lista de números de teléfono importantes que puede necesitar. Si no está seguro de a quién llamar, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan para obtener ayuda. Esta llamada es gratuita. Contamos con servicios gratuitos de intérpretes disponibles en todos los idiomas para personas que no hablan inglés.

Nombre de la entidad	Información de contacto
Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan	1-844-752-9434, TTY 711 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. uhcommunityplan.com/Virginia Incluye información sobre tecnologías alternativas fuera del horario de atención. Descargue la aplicación Health4Me de UnitedHealthcare Community Plan. Está diseñada para personas que se encuentran fuera del hogar e incluye muchas de las mismas características que el sitio web para miembros. Encuéntrela en App Store o Google Play. Si le gustaría comunicarse con nuestro programa de administración de la atención, llame a Servicios para Miembros al 1-844-752-9434 y pida hablar con un Administrador de atención. También puede llamar al 1-800-842-3014, TTY 711 , las 24 horas del día, los siete días de la semana para hablar con el personal de enfermería de guardia u otro profesional de la salud con licencia.
Línea de Asesoramiento Médico de UnitedHealthcare Community Plan	1-800-842-3014, TTY 711 Las 24 horas del día, los siete días de la semana
Línea de Crisis de Salud Conductual de UnitedHealthcare Community Plan	1-800-842-3014, TTY 711 Las 24 horas del día, los siete días de la semana

¿Tiene preguntas? Visite uhcommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434, TTY 711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 11

1. Comencemos

Nombre de la entidad	Información de contacto
Línea de Asesoramiento Médico de los Servicios de Tratamiento de Adicciones y Recuperación (Addiction and Recovery Treatment Services, ARTS)	1-800-842-3014, TTY 711 Las 24 horas del día, los siete días de la semana
Departamento de Salud Conductual y Servicios del Desarrollo (Department of Behavioral Health and Developmental Services, DBHDS) para Servicios de Exención para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Developmental Disabilities, DD)	Línea de Ayuda My Life My Community 1-844-603-9248, TTY 804-371-8977 De 9:00 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes mylifemycommunityvirginia.org/
Administrador de Beneficios Dentales de Cardinal Care	1-888-912-3456, TTY 1-800-466-7566 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. dentaquest.com/state-plans/regions/virginia/
Servicios Oftalmológicos de UnitedHealthcare Community Plan	1-844-752-9434, TTY 711
Servicios de Transporte de UnitedHealthcare Community Plan	833-215-3884, TTY 844-488-9724 De lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Para verificar el estado de un traslado programado, llame a Ride Assist al 1-833-215-3885 .
Transporte de Cardinal Care para Servicios de Exención para Personas con Discapacidades del Desarrollo	1-866-386-8331, TTY 1-866-288-3133 Marque 711 para comunicarse con un operador de TRS las 24 horas del día, los siete días de la semana.

12 ¿Tiene preguntas? Visite uhccommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434, TTY 711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Nombre de la entidad	Información de contacto
Línea de Ayuda para la Inscripción en la Atención Administrada de Cardinal Care	1-800-643-2273, TTY 1-800-817-6608 De 8:30 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes
Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos	1-800-368-1019, TTY 1-800-537-7697 hhs.gov/ocr
Oficina del defensor del pueblo estatal de la atención a largo plazo	1-800-552-5019, TTY 1-800-464-9950 elderrightsva.org

Permanecer conectado

¿Se mudó o cambió de número de teléfono o de dirección de correo electrónico? Es importante que nos informe al respecto para que siga recibiendo un seguro de salud de alta calidad. El Departamento y UnitedHealthcare Community Plan necesitan su dirección postal, número de teléfono y dirección de correo electrónico actuales para que no se pierda ninguna actualización importante y reciba información sobre cambios en su seguro de salud.

Puede actualizar su información de contacto hoy mismo:

- Llame a Cover Virginia al 1-833-5CALLVA
- Visite commonhelp.virginia.gov
- Llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan
- Llame a su Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) local

Asegúrese de recibir las últimas noticias sobre su seguro de salud de Medicaid.

Actualice su información de contacto hoy mismo.

¿Tiene preguntas? Visite uhccommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al 1-844-752-9434, TTY 711, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

2. Descripción general de la atención administrada de Cardinal Care

Inscripción en el plan de salud

Se ha inscrito con éxito en UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan, un plan de atención administrada de Cardinal Care Medicaid/FAMIS (un “plan de salud”), cubre su atención de la salud y proporciona administración de la atención. Un plan de salud es una organización que tiene un contrato con médicos, hospitales y otros proveedores para trabajar con ellos y brindarle la atención de la salud que usted (el miembro) necesita. En Virginia, hay seis planes de salud de Cardinal Care que operan en todo el estado.

Si se muda fuera del estado, ya no será elegible para Cardinal Care en Virginia, pero puede ser elegible para el programa Medicaid del estado donde viva. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Cardinal Care, comuníquese con su DSS local o llame a Cover Virginia al 1-833-5CALLVA, TTY 1-888-221-1590. Esta llamada es gratuita.

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

1. Llame a su médico y programe un control

Los controles habituales son importantes para una buena salud. Si no conoce el número de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o si necesita ayuda para encontrar un médico de la red cercano, llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**. Estamos aquí para ayudarlo.

2. Complete la evaluación de salud

Pronto recibirá una llamada telefónica de bienvenida de nuestra parte para ayudarlo a completar una encuesta sobre su salud. Esto también se denomina examen de salud inicial para miembros nuevos. Esta encuesta nos ayuda a comprender sus necesidades para que podamos brindarle un mejor servicio. También puede completar la encuesta en línea.

2. Descripción general de la atención administrada de Cardinal Care

3. Conozca su plan de salud

Este Manual para miembros le brinda información general sobre su cobertura de atención de la salud, programas especiales y derechos y responsabilidades. Y asegúrese de tener este folleto a mano para consultarlo en el futuro.

4. Encuentre su plan en línea

Visite myuhc.com/CommunityPlan para inscribirse en nuestro sitio web solo para miembros y obtener herramientas que lo ayuden a usar su plan. Puede ver su tarjeta de identificación de miembro, obtener ayuda para usar sus beneficios, realizar su evaluación de salud, encontrar respuestas a sus preguntas sobre los beneficios del plan y los médicos de la red, e inscribirse para recibir comunicaciones por mensaje de texto y correo electrónico. El registro solo demora unos minutos. Luego podrá iniciar sesión en cualquier momento.

5. Revise su tarjeta de identificación de miembro

Debió haber recibido su tarjeta de identificación de miembro por correo. La tarjeta tiene el logotipo de UnitedHealthcare Community Plan. Debería haber recibido una tarjeta de identificación separada para cada miembro de su familia que está inscrito en nuestro plan. Si no recibió una tarjeta de identificación o si la información en ella no es correcta, llame a Servicios para Miembros.

Los Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan están disponibles para ayudarlo si tiene alguna pregunta o inquietud. Llame al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, o visítenos en uhcommunityplan.com/Virginia.

Puede cambiar su plan de salud:

- Por cualquier motivo durante los primeros 90 días calendario posteriores a la inscripción
- Por cualquier motivo, una vez al año durante su período de inscripción abierta
- Por una “buena causa”, en función de lo determinado por el Departamento. Algunos ejemplos incluyen la mala calidad de la atención y la falta de acceso a los proveedores, servicios y apoyos adecuados, incluida la atención especializada. Esto incluye la atención obstétrica. Si está embarazada y su obstetra no participa en UnitedHealthcare Community Plan, pero sí participa en el programa de pago por servicio (Fee-For-Service, FFS) de Medicaid, puede solicitar obtener cobertura a través del programa de FFS de Medicaid hasta después de que nazca su bebé.

¿Tiene preguntas? Visite uhcommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

2. Descripción general de la atención administrada de Cardinal Care




Llame a la Línea de ayuda para la inscripción en la atención administrada de Cardinal Care al 1-800-643-2273, TTY 1-800-817-6608, de 8:30 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes, para obtener información sobre su período de inscripción abierta, o “buena causa”, o para obtener ayuda para elegir o cambiar su plan de salud. Los servicios de la línea de ayuda para la inscripción en la atención administrada de Cardinal Care son gratuitos. Los miembros de FAMIS pueden llamar a Cover Virginia al 1-833-5CALLVA para cambiar de plan de salud.

Paquete de bienvenida

Debe haber recibido un paquete de bienvenida que incluye su tarjeta de identificación de miembro, información sobre el Directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan y la Lista de medicamentos preferidos. Si no recibió su paquete de bienvenida, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Esta información también aparece en nuestro sitio web para miembros, uhcommunityplan.com/Virginia.

Tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan

Debe mostrar su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan para obtener servicios o medicamentos recetados cubiertos por su plan (consulte la tarjeta de identificación de miembro de muestra a continuación) cuando visite a su proveedor o acuda a la farmacia. Si no ha recibido su tarjeta o si su tarjeta se daña, la pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan para obtener una nueva.

 Health Plan (80840) 911-87726-04	 CardinalCare Virginia's Medicaid Program
Member ID: 001500001	Group Number: VACCCP
Member: NEW M ENGLISH Medicaid ID: 9999999991 PCP Name: DOUGLAS GETWELL PCP Phone: (717)851-6816	Payer ID: 87726  Rx Bin: 610494 Rx GRP: ACUVA Rx PCN: 4900
0501	UnitedHealthcare Community Plan Administered by UnitedHealthcare Insurance Company

In case of emergency call 911 or go to nearest emergency room. Printed: 07/27/22	
This card does not guarantee coverage. To verify benefits or to find a provider, visit the website myUHC.com/CommunityPlan or call. Member Customer Service Hours 8:00 am-8:00 pm local time.	
Member Services/Behavioral: 844-752-9434	TTY 711
Dental: 888-912-3456	TTY 711
NurseLine: 800-842-3014	TTY 711
Transportation: 833-215-3884	TTY 711
For Providers: UHCprovider.com	844-284-0146
Claims: PO Box 5270, Kingston, NY, 12402-5270	
Preauthorization: 844-284-0146	
Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334 For Pharmacists: 1-855-873-3493	

16 ¿Tiene preguntas? Visite uhcommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

2. Descripción general de la atención administrada de Cardinal Care

Es posible que tenga más de una tarjeta de seguro de salud. Además de su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan, también debe tener su tarjeta de identificación de Medicaid/FAMIS de la Mancomunidad de Virginia. Conserve esta tarjeta para acceder a los servicios cubiertos por el Departamento en virtud de Medicaid. Si tiene Medicare y Medicaid, muestre su tarjeta de Medicare y su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan cuando reciba servicios. Si tiene cobertura de una compañía de seguros privada (que no sea Medicaid), muestre su tarjeta de identificación de seguro privado y su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan cuando reciba servicios.

Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan

El directorio de proveedores enumera los proveedores y las farmacias que participan en la red de proveedores contratados de UnitedHealthcare Community Plan. También incluye información sobre las adaptaciones que cada proveedor tiene para los miembros con discapacidades o que no hablan inglés. Puede solicitar una copia impresa del Directorio de proveedores y farmacias llamando a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**. También puede ver o descargar el Directorio de proveedores y farmacias en www.uhccommunityplan.com/va.html. En el directorio de proveedores se incluyen el nombre, la dirección, los números de teléfono, las calificaciones profesionales, la facultad de medicina a la que asistieron (educación), la finalización de la residencia, la certificación de la junta y la especialidad de los médicos. Mientras sea miembro de nuestro plan (y en la mayoría de los casos), debe usar uno de nuestros proveedores de la red para obtener servicios cubiertos.

Lista de medicamentos preferidos

Esta lista le informa qué medicamentos recetados están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan y el Departamento. También le informa si existen normas o restricciones sobre los medicamentos, como un límite en la cantidad que puede obtener (consulte la **Sección 6: Sus medicamentos recetados**). Llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan para averiguar si sus medicamentos están en la lista o consúltelo en línea en uhccommunityplan.com/Virginia. Si lo solicita, UnitedHealthcare Community Plan también puede enviarle por correo una copia impresa.

2. Descripción general de la atención administrada de Cardinal Care

Otro seguro

Si tiene más de un plan de seguro de salud, Medicaid paga los servicios después de que sus otros planes de seguro hayan pagado a su proveedor. Esto significa que si tiene otro seguro y sufre un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, su otro seguro o el seguro de compensación de los trabajadores debe pagar primero por sus servicios. Informe a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan si tiene otro seguro para que UnitedHealthcare Community Plan pueda coordinar sus beneficios. El Programa de Asistencia y Asesoramiento sobre Seguros de Virginia (Virginia Insurance Counseling and Assistance Program, VICAP) también puede ayudar. Llame al 1-800-552-3402, TTY 711 para obtener asesoramiento sobre los seguros de salud disponibles para personas con Medicare. Esta llamada es gratuita.

3. Proveedores y cómo obtener atención

Red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan

Es importante que los proveedores que elija acepten a los miembros de Cardinal Care y participen en la red de UnitedHealthcare Community Plan. La red de UnitedHealthcare Community Plan incluye acceso a atención las 24 horas del día, los siete días de la semana.

UnitedHealthcare Community Plan le ofrece una selección de proveedores que se encuentran cerca de usted. Si usted vive en un área urbana, no debería tener que viajar más de 30 millas o 45 minutos para recibir los servicios. Si usted vive en un área rural, no debería tener que viajar más de 60 millas o 75 minutos para recibir los servicios. Para encontrar proveedores, como proveedores de atención primaria (PCP), especialistas y hospitales, puede hacer lo siguiente:

- Busque proveedores en el Directorio de proveedores (consulte la **Sección 2: Descripción general de la atención administrada de Cardinal Care**).
- Llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-844-752-9434**, TTY **711** o visítenos en uhcommunityplan.com/Virginia. Puede pedir una copia en papel.

Normalmente, se atenderá con su proveedor de atención primaria (PCP) para abordar la mayoría de sus necesidades de atención de la salud de rutina. Su proveedor de atención primaria trabajará con usted para coordinar la mayoría de los servicios que recibe como miembro de nuestro plan. La coordinación de sus servicios o suministros incluye controlar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su atención. Si necesita ver a un médico que no sea su PCP, es posible que necesite una remisión (autorización) de su PCP. Es posible que también necesite obtener la aprobación de su PCP por adelantado antes de recibir determinados tipos de servicios o suministros cubiertos. En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización (aprobación previa) de nosotros.

¿Tiene preguntas? Visite uhcommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

3. Proveedores y cómo obtener atención

Para recibir estos servicios no se necesita un referido ni una autorización de servicios:

- Atención de su proveedor de atención primaria (PCP)
- Suministros y servicios de planificación familiar
- Servicios de atención de la salud de rutina para mujeres, como exámenes mamarios, mamografías de detección, pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red
- Servicios de emergencia y necesarios con urgencia
- Servicios dentales de rutina
- Servicios de proveedores de atención médica indígenas, si es elegible
- Otros servicios para miembros con necesidades especiales de atención de la salud, según lo determine UnitedHealthcare Community Plan

Consulte la siguiente sección para obtener más información sobre qué sucede cuando un proveedor abandona la red y cuándo puede recibir atención de proveedores fuera de la red.

Proveedores de atención primaria (PCP)

Su PCP es un médico o personal de enfermería practicante que lo ayuda a estar y mantenerse saludable. Su PCP le proporcionará y coordinará sus servicios de atención de la salud. Debe consultar a su PCP en las siguientes circunstancias:

- Para realizarse exámenes físicos y chequeos de rutina
- Para recibir servicios de atención preventiva
- Cuando tenga preguntas o inquietudes sobre su salud
- Cuando no se sienta bien y necesite ayuda médica

Para ayudar a su PCP a conocerlo, así como a conocer sus antecedentes médicos, debe solicitar que sus registros médicos anteriores se envíen al consultorio de su PCP. Los Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan o su administrador de atención pueden ayudarle.

Cómo elegir a su PCP

Tiene derecho a elegir un PCP que sea parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Revise su Directorio de proveedores para encontrar un PCP en su comunidad que pueda satisfacer mejor sus necesidades de atención de la salud. También puede llamar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan o su administrador de atención para obtener ayuda. Si no elige un PCP antes del día 25 del mes anterior al inicio de su cobertura de salud, UnitedHealthcare Community Plan le asignará un PCP. UnitedHealthcare Community Plan le notificará por escrito qué PCP se le ha asignado.

Puede elegir su PCP entre muchos tipos de proveedores de la red. Algunos tipos de PCP incluyen lo siguiente:

- Médico de familia (también llamado médico general): atiende a niños y adultos
- Ginecólogo (GIN): atiende a mujeres
- Médico de medicina interna (también llamado internista): atiende a adultos
- Personal de Enfermería Practicante (Nurse Practitioner, NP): atiende a niños y adultos
- Obstetra (OB): atiende a mujeres embarazadas
- Pediatra: atiende a niños

Si ya tiene un PCP que no pertenece a la red de UnitedHealthcare Community Plan, puede continuar consultándolo hasta 30 días después de inscribirse en UnitedHealthcare Community Plan. Las personas que embarazadas o con necesidades sociales o de salud significativas pueden continuar consultando a su PCP durante un máximo de 60 días después de inscribirse. Si no elige un PCP de la red de UnitedHealthcare Community Plan después del período de 30 o 60 días, UnitedHealthcare Community Plan le asignará un PCP. Si se le ha asignado un PCP de Medicare, no debe elegir un PCP que forme parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan o a su administrador de atención para obtener ayuda para seleccionar su PCP y coordinar su atención.

3. Proveedores y cómo obtener atención

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan para elegir otro PCP de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Cuando cambie su PCP, le enviaremos una nueva tarjeta de ID de miembro. La asignación de su PCP entrará en vigencia de inmediato.

Especialistas

Si necesita atención que su PCP no puede brindarle, UnitedHealthcare Community Plan o su PCP pueden remitirle con un especialista. Un especialista es un proveedor que tiene capacitación adicional sobre servicios en un área específica de la medicina, como un cirujano. La atención que recibe de un especialista se llama atención especializada. Si necesita atención continua de un especialista, su PCP puede referirlo por una cantidad de visitas específicas o un plazo definido.

Proveedores fuera del estado

La atención que puede recibir de proveedores fuera del estado se limita a lo siguiente:

- Servicios posteriores a la estabilización o servicios de emergencia o de crisis necesarios
- Casos especiales en los que es una práctica común para los que viven en su localidad usar los recursos médicos de otro estado
- Servicios requeridos y necesarios desde el punto de vista médico que no están disponibles dentro de la red y dentro del estado de Virginia
- Períodos de transición (hasta que pueda obtener servicios oportunos de un proveedor de la red en el estado)
- Ambulancias fuera del estado para traslados de centro a centro

Es posible que UnitedHealthcare Community Plan deba otorgarle una autorización para que pueda consultar a un proveedor que se encuentra fuera del estado. UnitedHealthcare Community Plan no cubre ningún servicio de atención de la salud fuera de los EE. UU.

Cuando un proveedor abandona la red

Si su PCP abandona la red de UnitedHealthcare Community Plan, UnitedHealthcare Community Plan le informará al respecto y le ayudará a encontrar un nuevo PCP. Si uno de sus otros proveedores abandona la red de UnitedHealthcare Community Plan, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan o con su administrador de atención para obtener ayuda para encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención. Tiene derecho a lo siguiente:

- Pedir que no se interrumpa el tratamiento necesario desde el punto de vista médico que reciba; UnitedHealthcare Community Plan trabajará con usted para garantizar su continuación
- Obtener ayuda para seleccionar un nuevo proveedor calificado
- Presentar una queja (consulte la **Sección 8: Quejas y apelaciones**) o solicitar un nuevo proveedor si considera que UnitedHealthcare Community Plan no ha reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que su atención no se está administrando de manera adecuada

Cómo obtener atención fuera de la red de UnitedHealthcare Community Plan

Puede obtener la atención que necesita de un proveedor fuera de la red de UnitedHealthcare Community Plan en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Si UnitedHealthcare Community Plan no cuenta con un proveedor dentro de la red para brindarle la atención que necesita
- Si un especialista que necesita no está ubicado lo suficientemente cerca de usted (dentro de las 30 millas en áreas urbanas o dentro de las 60 millas en áreas rurales)
- Si un proveedor no le brinda la atención que necesita debido a objeciones morales o religiosas
- Si UnitedHealthcare Community Plan aprueba un proveedor fuera de la red
- Si se encuentra en un centro de enfermería en el momento en que se inscribe en UnitedHealthcare Community Plan y dicho centro está fuera de la red
- Si recibe atención de emergencia o servicios de planificación familiar de un proveedor o centro fuera de la red. Puede recibir tratamientos de emergencia y servicios de planificación familiar de cualquier proveedor, incluso si el proveedor no pertenece a la red de UnitedHealthcare Community Plan. Esta atención es gratuita.

3. Proveedores y cómo obtener atención

Podrá continuar consultando a sus proveedores fuera de la red y recibirá un reembolso a la tarifa de pago por servicio de Medicaid durante el período de continuidad de la atención, es decir, durante los primeros treinta (30) o sesenta (60) días posteriores a su inscripción, según su necesidad médica.

United Healthcare hará todos los esfuerzos razonables para comunicarse con los proveedores fuera de la red que le presten servicios y les proporcionará información sobre cómo convertirse en proveedores acreditados dentro de la red.

Si el proveedor no se une a la red o usted no selecciona un nuevo proveedor que pertenezca a la red, United Healthcare coordinará una transición a un proveedor participante.

También tiene derecho a consultar a sus proveedores antiguos y a acceder a medicamentos recetados u otros suministros médicos necesarios durante un máximo de 30 días (o 60 días, si está embarazada o tiene necesidades sociales o de salud significativas) si antes estaba inscrito en el programa Medicaid de Virginia, pero es un miembro nuevo de UnitedHealthcare Community Plan. Después de que transcurran 30 días (o 60 días), deberá consultar a proveedores de la red de UnitedHealthcare Community Plan, a menos que UnitedHealthcare Community Plan extienda dicho plazo para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan o a su administrador de atención, si tiene uno, para obtener ayuda para encontrar un proveedor que pertenezca a la red (consulte la **Sección 4: Coordinación de la atención y administración de la atención** para obtener más información sobre su administrador de la atención).

Opciones para miembros en centros de enfermería

Si se encuentra en un centro de enfermería al momento de inscribirse en UnitedHealthcare Community Plan, puede optar por alguna de las siguientes opciones:

- Permanecer en el centro, siempre que siga siendo elegible para recibir atención en un centro de enfermería
- Mudarse a otro centro de enfermería
- Recibir servicios en su hogar u otros entornos comunitarios

Cómo programar citas con proveedores

Llame al consultorio de su proveedor para programar una cita. Para obtener ayuda para programar una cita, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Si necesita un transporte para acudir a su cita, llame al proveedor de transporte de UnitedHealthcare Community Plan al 1-833-215-3884, TTY 1-844-488-9724.

Si llama fuera del horario de atención, deje un mensaje e indique cómo podemos comunicarnos con usted. Su PCP u otro proveedor le llamará tan pronto como sea posible. Si tiene dificultades para programar una cita con un proveedor, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Recuerde informar a UnitedHealthcare Community Plan si planifica estar fuera de la ciudad para que UnitedHealthcare Community Plan pueda ayudarlo a coordinar sus servicios.

Telesalud

La telesalud le permite recibir atención de su proveedor sin tener que acudir a una visita presencial en el consultorio. Por lo general, la telesalud se ofrece en línea a través de una computadora, tableta o teléfono inteligente con acceso a Internet. A veces se puede ofrecer por teléfono. Si bien la telesalud no es adecuada para cualquier afección o situación, a menudo se puede usar para lo siguiente:

- Hablar con su proveedor por teléfono o por video
- Enviarle mensajes electrónicos a su proveedor y recibir mensajes electrónicos de su proveedor
- Participar en el monitoreo remoto para que su proveedor pueda hacer un seguimiento de cómo se siente en su hogar
- Obtener atención médica y atención de la salud conductual necesaria desde el punto de vista médico

Para programar una cita de telesalud, comuníquese con su proveedor para averiguar qué servicios brinda a través de la telesalud.

3. Proveedores y cómo obtener atención

Cómo obtener atención en el lugar correcto cuando la necesita con urgencia

Es importante que elija el lugar adecuado para recibir atención, en función de sus necesidades de salud, en especial si necesita atención con urgencia o de manera inesperada. A continuación, encontrará una guía que lo ayudará a determinar si su equipo de atención habitual, como su PCP, puede ayudarlo o si debe acudir a un centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias. Si no está seguro de qué tipo de atención necesita, llame a su PCP o a la Línea de asesoramiento médico de UnitedHealthcare Community Plan al 1-800-842-3014, TTY 711, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Tipo de atención	Cómo obtener atención	Ejemplos de cuándo recibir este tipo de atención	¿Se necesita un referido?
Los PCP pueden brindarle atención si se enferma o lesiona, así como atención preventiva para mantenerse saludable.	Comuníquese con el consultorio de su PCP o con UnitedHealthcare Community Plan para programar una cita.	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad/lesión menor• Gripe/fiebre• Vómitos/diarrea• Dolor de garganta, dolor de oídos o infección ocular• Esguinces/distensiones• Posibles huesos rotos	No

3. Proveedores y cómo obtener atención

Tipo de atención	Cómo obtener atención	Ejemplos de cuándo recibir este tipo de atención	¿Se necesita un referido?
<p>La atención de urgencia es la atención que recibe por una enfermedad o lesión que requiere atención médica urgente y podría convertirse en una emergencia.</p>	<p>Consulte el Directorio de proveedores en uhcommunityplan.com/Virginia para encontrar una clínica de atención de urgencia.</p>	<p>A través de la atención de urgencia, se pueden abordar problemas similares a aquellos de los que se ocupa su PCP, pero está disponible cuando otros consultorios no están disponibles.</p>	<p>No, pero asegúrese de ir a una clínica de atención de urgencia que pertenezca a la red de UnitedHealthcare Community Plan si puede. Se requiere una autorización para la atención que no está disponible a través de la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan.</p>

3. Proveedores y cómo obtener atención

Tipo de atención	Cómo obtener atención	Ejemplos de cuándo recibir este tipo de atención	¿Se necesita un referido?
<p>La atención de emergencia (o la atención para una afección médica de emergencia) es la atención que recibe cuando una enfermedad o lesión es tan grave que su salud (o, según corresponda, la de su bebé en gestación), funciones corporales, órganos o partes del cuerpo pueden estar en peligro si no recibe atención médica de inmediato.</p>	<p>Llame al 911 y diríjase al hospital más cercano. Tiene derecho a recibir atención de emergencia las 24 horas del día, los siete días de la semana, en cualquier hospital u otro entorno, incluso si se encuentra en otra ciudad o estado. UnitedHealthcare Community Plan proporcionará atención de seguimiento después de la emergencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del conocimiento • Dificultad para respirar • Lesión grave en la cabeza, el cuello o la espalda • Dolor/presión en el pecho • Hemorragia grave • Quemaduras graves • Convulsiones/ataques • Fracturas óseas • Temor a lastimarse a sí mismo o a otra persona (“emergencia de salud conductual”) • Agresión sexual 	<p>No.</p> <p>Puede obtener atención de emergencia de los proveedores de la red o los proveedores fuera de la red. No necesita un referido ni una autorización de servicios.</p>

Cómo recibir atención fuera del horario de atención

Si necesita atención que no sea de emergencia después del horario de atención habitual, llame a la línea de asesoramiento médico de UnitedHealthcare Community Plan, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al **1-800-842-3014**.

El personal de enfermería o un profesional de salud conductual puede hacer lo siguiente:

- Responder preguntas médicas y brindarle asesoramiento de forma gratuita
- Ayudarlo a decidir si debe consultar a un proveedor de inmediato
- Ayudarlo con afecciones médicas
- Puede chatear por video con un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de UHC Doctor Chat, sin costo alguno para usted. Descargue la aplicación UHC Doctor Chat o visite [UHCDoctorChat.com](https://www.uhcdoctorchat.com).

Transporte a los servicios de atención

Transporte médico para casos que no sean de emergencia

Si necesita transporte para recibir beneficios cubiertos, como servicios médicos, conductuales, dentales, oftalmológicos y de farmacia, llame a la línea de reservaciones de transporte de UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan cubre el transporte que no sea de emergencia para los servicios cubiertos. Si tiene problemas para programar una cita, llame a Servicios para Miembros, a su administrador de atención o al Departamento de Transporte Where's My Ride/Ride Assist de UnitedHealthcare Community Plan.

Si cuenta con un traslado propio para acudir a la cita, su conductor puede ser elegible para recibir un reembolso de millas por el traslado. Según el plan de salud, los miembros, familiares, amigos y cuidadores pueden recibir un reembolso de millas a la tasa de reembolso actual del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) comercial. Para recibir el reembolso, el traslado primero debe programarse a través de la línea de reserva de transporte: 1-833-215-3885. Se debe completar un registro de traslado para reembolso de millas en www.mymodivcare.com/members/va, con toda la información correspondiente al traslado, el cual debe estar firmado por un médico. Una vez que haya completado el formulario, puede enviarlo por correo electrónico, fax o correo postal. Puede encontrar información adicional relacionada con el programa de reembolso de millas en www.mymodivcare.com/mileage-reimbursement.

¿Tiene preguntas? Visite uhccommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

3. Proveedores y cómo obtener atención

Los niños con FAMIS no son elegibles para el transporte médico que no sea de emergencia.

Si necesita transporte para recibir servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo, comuníquese con el contratista de servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo de Cardinal Care al 1-866-386-8331, TTY 1-866-288-3133, o visite transportation.dmas.virginia.gov/. Si tiene problemas para obtener un transporte para recibir servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo, llame a Where's My Ride al 1-866-246-9979 o a su administrador de casos de los servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo.

Transporte médico de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y necesita transporte al hospital, llame al **911** para solicitar una ambulancia. UnitedHealthcare Community Plan cubrirá una ambulancia si la necesita.

4. Coordinación de la atención y administración de la atención

Coordinación de la atención

Todos los miembros pueden obtener ayuda para obtener la atención de la salud o los recursos comunitarios adecuados llamando a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-844-752-9434**. Poco después de convertirse en miembro de UnitedHealthcare Community Plan, un miembro del equipo de administración de la atención lo llamará para programar su evaluación de salud integral presencial inicial.

Poco después de convertirse en miembro de UnitedHealthcare Community Plan, un miembro del equipo de administración de la atención se comunicará con usted para tener una llamada de bienvenida y programar un examen de salud. Una vez que haya completado su examen de salud, se le asignará un Administrador de atención o Coordinador de atención de UnitedHealthcare Community Plan, y se le proporcionará su información de contacto para que se comunique con esta persona.

Una vez que haya completado su evaluación de salud, se le asignará un Administrador de atención de UnitedHealthcare Community Plan, y se le proporcionará su información de contacto para que se comunique con esta persona. Si desea hablar con un miembro del equipo de UnitedHealthcare Community Plan antes de completar su evaluación de salud inicial, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Un miembro de su equipo de administración de la atención también puede ayudarlo a comunicarse con su Administrador de atención de UnitedHealthcare Community Plan.

También puede llamar al 1-800-842-3014, TTY 711, las 24 horas del día, los siete días de la semana para hablar con el personal de enfermería de guardia u otro profesional de la salud con licencia.

4. Coordinación de la atención y administración de la atención

¿Qué es la administración de la atención de la salud?

Si tiene necesidades de atención de la salud significativas, recibirá administración de la atención. La administración de la atención ayuda a mejorar la coordinación entre sus diferentes proveedores y los servicios que recibe. Si recibe administración de la atención, UnitedHealthcare Community Plan le asignará un administrador de atención. Su administrador de atención es una persona de UnitedHealthcare Community Plan con experiencia especial en atención de la salud que trabaja en estrecha colaboración con usted, su PCP y los proveedores tratantes, familiares y otras personas en su vida para comprender y apoyar sus necesidades y objetivos.

Cómo obtener un administrador de atención

Durante los primeros tres meses posteriores a su inscripción, UnitedHealthcare Community Plan se comunicará con usted o con alguien de su confianza (su “representante autorizado”) para realizar una evaluación de salud. Durante la evaluación de salud, se le pedirá que responda algunas preguntas sobre sus necesidades de salud (como sobre su atención médica) y necesidades sociales (como vivienda, alimentos y transporte). La evaluación de salud incluye preguntas sobre sus afecciones de salud, su capacidad para realizar tareas cotidianas y sus condiciones de vida. Sus respuestas ayudarán a UnitedHealthcare Community Plan a comprender sus necesidades y determinar si se le debe asignar un administrador de atención. Si no se le asigna un administrador de atención, puede pedirle a UnitedHealthcare Community Plan que considere asignarle uno, en el caso de que necesite ayuda para obtener atención ahora o en el futuro.

Si tiene preguntas o necesita ayuda con el examen de salud, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**. Esta llamada es gratuita.

4. Coordinación de la atención y administración de la atención

Cómo puede ayudarlo su administrador de atención

Su administrador de atención es una persona de UnitedHealthcare Community Plan con experiencia especial en atención de la salud que puede ayudarlo a administrar sus necesidades sociales y de salud. Su administrador de atención médica puede realizar las siguientes tareas:

- Evaluar sus necesidades sociales y de salud
- Responder preguntas sobre sus beneficios, como servicios de salud física, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) (consulte la **Sección 5: Sus beneficios**)
- Ayudarlo a acceder a recursos comunitarios (por ejemplo, programas que puedan respaldar sus necesidades de vivienda y alimentos)
- Apoyarlo para que tome decisiones informadas sobre su atención, en función de sus preferencias
- Ayudarlo a programar citas cuando lo necesite, así como a encontrar proveedores disponibles en la red de UnitedHealthcare Community Plan, y a referirle a otros proveedores, según sea necesario
- Ayudarlo a obtener transporte para sus citas (consulte la **Sección 3: Proveedores y cómo obtener atención**)
- Asegurarse de que obtenga sus medicamentos recetados y ayudarlo si experimenta efectos secundarios
- Compartir los resultados de sus pruebas y otra información de atención de la salud con sus proveedores, para que su equipo de atención esté al tanto de su estado de salud
- Ayudarlo a trasladarse entre entornos de atención de la salud (como desde un hospital o centro de enfermería hasta su hogar u otro centro)
- Asegurarse de que sus necesidades se satisfagan cuando le den el alta en un hospital o centro de enfermería, así como de forma continua

4. Coordinación de la atención y administración de la atención

Cómo comunicarse con su administrador de atención

- Comuníquese con Servicios para Miembros llamando gratis al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este, de lunes a viernes, cuando desee hablar con su administrador de atención.
- Servicios para Miembros derivará su llamada a su Administrador de atención durante el horario de atención.
- También puede comunicarse con Servicios para Miembros durante el horario de atención para solicitar un cambio de administrador de atención.

Contamos con servicios gratuitos de intérpretes disponibles en todos los idiomas para personas que no hablan inglés.

Método de contacto	Información de contacto
Llame al	1-844-752-9434 , TTY 711 De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana
Fax	855-770-7088
Correo postal	UnitedHealthcare Community Plan 9020 Stony Point Parkway, Suite 350 Richmond, VA 23235
Correo electrónico	VA_CAC@UHC.com
Sitio web	uhccommunityplan.com/Virginia

Su administrador de atención se comunicará con usted de forma regular y puede ayudarlo con cualquier pregunta o inquietud que pueda tener. Tiene derecho a solicitarle a su administrador de atención que se comuniquen con usted con mayor o menor frecuencia en cualquier momento. Usted decidirá cómo desea que su administrador de atención se comuniquen con usted (por teléfono, videoconferencia o a través de visitas presenciales). Si decide reunirse con su administrador de atención en persona, puede sugerir la hora y el lugar. Le recomendamos que colabore con su administrador de atención y que tenga una comunicación abierta con él.

Evaluación de riesgos de salud

Después de que UnitedHealthcare Community Plan le asigne un administrador de atención y realice la evaluación de salud, UnitedHealthcare Community Plan se comunicará con usted para realizar una evaluación de riesgos de salud más detallada. Durante la evaluación de riesgos de salud, su administrador de atención u otro profesional de atención médica le hará más preguntas sobre su salud física, salud conductual, necesidades sociales y sus objetivos y preferencias. La evaluación de riesgos de salud ayuda a su administrador de atención a comprender sus necesidades y brindarle la atención adecuada. La evaluación de riesgos de salud se puede realizar en persona, por teléfono o por videoconferencia. Más adelante, su administrador de atención se comunicará con usted para volver a hacerle las preguntas de la evaluación de riesgos de salud y así determinar si sus necesidades han cambiado.

Su plan de atención

En función de su evaluación de riesgos de salud, su administrador de atención trabajará con usted para desarrollar su plan de atención personalizado. Su plan de atención incluirá la atención de la salud, los servicios sociales y otros apoyos que usted recibirá, y explicará cómo los recibirá, con qué frecuencia y qué proveedor los brindará. Su administrador de atención actualizará su plan de atención una vez al año. Su administrador de atención puede realizar cambios más de una vez al año si sus necesidades cambian. Es importante que su plan de atención se mantenga actualizado.

Su equipo de atención médica

Su equipo de atención incluye a sus proveedores, el personal de enfermería, sus asesores u otros profesionales de la salud. Usted y sus familiares o cuidadores son miembros importantes de su equipo de atención. Su administrador de atención puede organizar una reunión con su equipo de atención, según sus necesidades, o puede solicitar reunirse con su equipo de atención. Tiene la opción de participar en las reuniones del equipo de atención. La comunicación entre los miembros de su equipo de atención ayuda a garantizar que se satisfagan sus necesidades.

4. Coordinación de la atención y administración de la atención

Coordinación con Medicare u otros planes de salud

Si tiene Medicaid y Medicare, UnitedHealthcare Community Plan es responsable de coordinar sus beneficios de Cardinal Care con su plan de salud de Medicare y cualquier otro plan de salud que tenga. Llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan o a su administrador de atención si tiene preguntas sobre cómo funcionan en conjunto sus diferentes planes de salud y asegúrese de que sus servicios se paguen de forma correcta.

Servicios adicionales de administración de la atención

Es posible que pueda recibir servicios adicionales de administración de la atención si:

- Está o estuvo en cuidado tutelar
- Está embarazada y tiene un mayor riesgo de experimentar complicaciones durante y después del embarazo
- Recibe servicios en su hogar o en la comunidad, como servicios de atención de la salud domiciliaria, atención personal o servicios de relevo
- Tiene un trastorno por consumo de sustancias
- Usa un respirador
- No tienen hogar

Si necesita un administrador de atención, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan para obtener ayuda.

5. Sus beneficios

Descripción general de los beneficios cubiertos

Los beneficios cubiertos son servicios proporcionados por UnitedHealthcare Community Plan, el Departamento o su contratista. Para obtener los beneficios cubiertos, el servicio debe ser necesario desde el punto de vista médico. Un servicio “necesario desde el punto de vista médico” es un servicio que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o sus síntomas.

También puede acceder a la lista completa de beneficios cubiertos en: uhcommunityplan.com/Virginia. Llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al 1-844-752-9434, TTY 711 o a su administrador de atención, si tiene uno, para obtener más información sobre sus servicios y cómo obtenerlos.

Por lo general, debe recibir servicios de un proveedor que participe en la red de UnitedHealthcare Community Plan. En algunos casos, es posible que deba obtener la aprobación (una “autorización de servicio”) de UnitedHealthcare Community Plan o de su PCP antes de recibir un servicio. Los servicios marcados en esta sección con un asterisco (*) requieren una autorización de servicio. Consulte la **Sección 3: Proveedores y cómo obtener atención** para obtener más información sobre qué hacer si necesita servicios de un proveedor fuera de la red. Consulte la **Sección 7: Cómo obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos** para determinar si un servicio que necesita requiere aprobación.

5. Sus beneficios

Beneficios para todos los miembros

Servicios de salud física

UnitedHealthcare Community Plan y el Departamento cubren servicios de salud física (incluidos servicios dentales y de la vista) para los miembros de Cardinal Care:

- Atención de la salud para adultos durante el día*
- Servicios y exámenes de detección de cáncer* (exámenes de detección de cáncer colorrectal, mamografías, pruebas de Papanicolaou, pruebas de antígenos específicos de próstata, exámenes rectales digitales y cirugía reconstructiva de mama)
- Servicios de administración de la atención y coordinación de la atención (consulte la **Sección 4: Coordinación de la atención y administración de la atención**)
- Servicios clínicos
- Ensayos clínicos (costos rutinarios de los pacientes relacionados con la participación en un ensayo para el cual se reúnen los requisitos)
- Servicios ordenados por un tribunal, órdenes de custodia de emergencia (Emergency Custody Orders, ECO) y órdenes de detención temporal (Temporary Detention Orders, TDO)
- Servicios dentales (puede encontrar más información sobre esto a continuación)
- Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)* (equipos y suministros respiratorios, de oxígeno y respiradores; sillas de ruedas y accesorios; camas de hospital; equipos y suministros para diabéticos; productos para la incontinencia; tecnología de asistencia; dispositivos de comunicación; equipos y dispositivos de rehabilitación)
- Evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (Early and Periodic Screening Diagnostic and Treatment, EPSDT) (puede encontrar más información sobre esto a continuación)
- Servicios de intervención temprana (Early Intervention, EI) (puede encontrar más información sobre esto a continuación)
- Servicios de Emergencia y posteriores a la estabilización
- Servicios de tratamiento para la disforia de género*
- Tiras reactivas para determinar el nivel de glucosa
- Servicios de audición
- Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (puede encontrar más información sobre esto a continuación)*

38 **¿Tiene preguntas?** Visite uhcommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

- Atención médica domiciliaria *
- Centro para pacientes terminales
- Atención en el hospital (para pacientes hospitalizados o ambulatorios) *
- Servicios para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (pruebas y asesoramiento sobre el tratamiento)
- Vacunas (para adultos y niños)
- Servicios de laboratorio, radiología y anestesia *
- Investigaciones principales
- Servicios orales (hospitalizaciones, cirugías, servicios facturados por un proveedor médico) *
- Trasplantes de órganos (para todos los niños y adultos que se encuentren en rehabilitación intensiva) *
- Ortopedia (para niños menores de 21 años) *
- Asesoramiento nutricional para enfermedades crónicas
- Servicios de podología (cuidado del pie)
- Servicios prenatales y maternos (atención durante y después del embarazo) (puede encontrar más información sobre esto a continuación)
- Medicamentos recetados (consulte la **Sección 6: Sus medicamentos recetados**)
- Atención preventiva (controles regulares, exámenes de detección, visitas de bienestar para bebés/niños)
- Prótesis (brazos/piernas y accesorios de apoyo, prótesis de mamas y ojos) *
- Atención médica regular (visitas al consultorio del PCP, referidos a especialistas, exámenes)
- Servicios de radiología *
- Servicios de rehabilitación (pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluidos los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y audiolología) *
- Servicios renales (diálisis, servicios para enfermedades renales en etapa terminal) *
- Servicios de salud escolar (puede encontrar más información sobre esto a continuación)
- Servicios quirúrgicos *
- Servicios de telesalud (puede encontrar más información sobre esto a continuación)
- Servicios para dejar de fumar

5. Sus beneficios

- Servicios de transporte (consulte la **Sección 3: Proveedores y cómo obtener atención**)
- Servicios de proveedores clínicos tribales
- Servicios oftalmológicos (exámenes de la vista, tratamientos y anteojos para reemplazar anteojos perdidos, dañados o robados para niños menores de 21 años (con EPSDT))
- Visitas de bienestar
 - Una revisión integral del crecimiento físico y mental de su hijo.
 - Un examen físico sin vestimenta que incluye una evaluación de la vista y la audición, un chequeo dental y una evaluación nutricional.
 - Inmunizaciones (vacunas) para su hijo, que lo ayudarán a protegerlo de enfermedades.
 - Análisis de laboratorio, como pruebas de detección en sangre y orina.
 - Educación/asesoramiento de salud con atención preventiva.
 - Remisiones para otra atención de la salud necesaria desde el punto de vista médico.*
 - Altura y peso/índice de masa corporal (IMC).

Recuerde que los servicios marcados con un asterisco (*) pueden requerir una autorización de servicio.

Servicios de salud física	Plazos para la revisión de autorización de servicio
Servicios de hospital para pacientes hospitalizados (proceso de revisión estándar o acelerada)	Dentro de los 14 días calendario o tan pronto como su afección lo requiera.
Servicios para pacientes ambulatorios (proceso de revisión estándar)	Dentro de los 14 días calendario o tan pronto como su afección lo requiera.
Servicios para pacientes ambulatorios (proceso de revisión acelerada)	Dentro de las 72 horas de la recepción de su solicitud o tan pronto como su afección lo requiera.

El Departamento tiene un contrato con un Administrador de Beneficios Dentales, DentaQuest, para proporcionar servicios dentales a todos los miembros de Medicaid/FAMIS. Consulte la tabla a continuación para conocer qué servicios dentales están disponibles para usted. Usted no es responsable del costo de los servicios dentales que reciba de un proveedor dental participante. Algunos servicios dentales requerirán

40 **¿Tiene preguntas?** Visite uhccommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

5. Sus beneficios

aprobación previa. UnitedHealthcare Community Plan trabajará en colaboración con el Administrador dental del Departamento para autorizar algunos servicios, incluida la anestesia, cuando sea necesario desde el punto de vista médico. Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales o desea encontrar un dentista participante cercano, llame a Servicios para Miembros de DentaQuest al 1-888-912-3456, TTY 1-800-466-7566 o visite dmas.virginia.gov/dental.

Servicios dentales	Niños/jóvenes menores de 21 años de edad	Personas embarazadas o que acaban de dar a luz	Adultos de 21 años en adelante
Ortodoncias	Con cobertura	No cubierto	No cubierto
Limpiezas	Con cobertura (incluido el fluoruro)	Con cobertura	Con cobertura
Coronas	Con cobertura	Con cobertura	Cobertura limitada
Dentaduras postizas	Con cobertura (incluidas las piezas parciales)	Con cobertura (incluidas las piezas parciales)	Con cobertura
Exámenes	Con cobertura (incluidos los controles regulares)	Con cobertura	Con cobertura
Extracciones y cirugías orales	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Empastes	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Tratamiento para las encías	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Tratamientos de conducto	Con cobertura (incluido el tratamiento)	Con cobertura	Con cobertura
Selladores	Con cobertura	No cubierto	No cubierto
Mantenedores de espacio	Con cobertura	No cubierto	No cubierto
Radiografías	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura

¿Tiene preguntas? Visite uhcommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al 1-844-752-9434, TTY 711, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

5. Sus beneficios

Servicios de salud conductual

UnitedHealthcare Community Plan, el Departamento o su contratista cubren los servicios de tratamiento de salud conductual que se incluyen en la tabla a continuación para los miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Los servicios de salud conductual son servicios de salud mental y adicciones. En Virginia, el tratamiento para las adicciones se denomina “Servicios de Tratamiento de Adicciones y Recuperación” (ARTS). Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan, su PCP y su administrador de atención pueden ayudarlo a obtener los servicios de salud conductual que necesita.

Servicios de salud mental	
<ul style="list-style-type: none">• Observación por 23 horas• Análisis del comportamiento aplicado• Tratamiento asertivo comunitario• Estabilización comunitaria• Terapia funcional familiar• Servicio intensivo en el hogar• Gestión de casos de salud mental• Salud mental intensiva para pacientes ambulatorios• Programa de hospitalización parcial por salud mental• Servicios de apoyo de pares para la recuperación por problemas de salud mental	<ul style="list-style-type: none">• Servicios de salud mental para el desarrollo de habilidades• Intervención móvil ante crisis• Terapia multisistémica• Centro residencial de tratamiento psiquiátrico• Rehabilitación psicosocial• Estabilización residencial en casos de crisis• Tratamiento terapéutico en centro de día• Hogar de grupos terapéuticos• Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados• Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios
<p>Servicios administrados por el contratista administrador de la salud conductual del Departamento. Su administrador de atención trabajará en colaboración con el contratista administrador de la salud conductual del Departamento para ayudarlo a obtener estos servicios si los necesita.</p>	

Servicios de Tratamiento de Adicciones y Recuperación (ARTS)

- Servicios de detección, intervención breve y referido para tratamiento
- Servicios de administración de casos de consumo de sustancias
- Servicios para pacientes ambulatorios
- Servicios ambulatorios intensivos
- Hospitalización parcial
- Tratamiento residencial por consumo de sustancias
 - ASAM 3.1
 - ASAM 3.3
 - ASAM 3.5
 - ASAM 4.0
- Tratamiento asistido con medicamentos
- Servicios de apoyo de pares para la recuperación
- Servicios de tratamiento de opioides
- Tratamiento de adicciones en el consultorio

UnitedHealthcare Community Plan cuenta con un equipo de revisión para asegurarse de que usted reciba los servicios necesarios desde el punto de vista médico. El equipo de revisión está integrado por médicos, enfermeros y médicos con licencia. Su trabajo es garantizarle que el tratamiento o servicio solicitado sea necesario desde el punto de vista médico y adecuado para usted. Lo llevan a cabo verificando su plan de tratamiento con las normas aceptables desde el punto de vista médico. No se permite que las normas que usamos para determinar lo que es médicamente necesarios sean más restrictivas que aquellas usadas por el DMAS. Toda decisión de rechazar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por un monto inferior al solicitado se denomina determinación (decisión) de beneficios adversa. Un profesional de atención médica cualificado debe tomar estas decisiones. Si decidimos que el servicio solicitado no es necesario desde el punto de vista médico, la decisión estará a cargo de un profesional médico o de salud conductual, quien puede ser un médico o un profesional de atención médica que generalmente provee la atención solicitada. Usted puede solicitar las normas médicas específicas, denominadas criterios de revisión clínica, que se usan para tomar decisiones para medidas relacionadas con la necesidad médica. United Healthcare se adhiere a la Ley de Igualdad de Atención de Salud Mental y Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA).

¿Tiene preguntas? Visite uhcommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

5. Sus beneficios

Plazos para la revisión de autorización de servicio

UnitedHealthcare Community Plan cumple con los estándares y plazos de autorización del servicio del Comité Nacional de Control de Calidad. UnitedHealthcare Community Plan es responsable de decidir con qué rapidez se necesita la autorización, según la urgencia y el tipo de servicio solicitado. En el caso de las decisiones de autorización estándar, UnitedHealthcare Community Plan proporcionará una notificación por escrito tan pronto como sea necesario y dentro de los catorce (14) días calendario. En el caso de las decisiones urgentes, UnitedHealthcare Community Plan proporcionará una notificación por escrito dentro de los tres (3) días calendario. Las solicitudes urgentes incluyen solicitudes de atención médica o de salud conductual, o servicios para los casos en que esperar 14 días podría perjudicar gravemente su salud o capacidad de funcionamiento en el futuro. La atención o los servicios de ayuda para las transiciones del hospital para pacientes hospitalizados o de un entorno institucional al hogar también se consideran solicitudes urgentes. Usted o su médico pueden hacer una solicitud urgente si se considera que un retraso podría causar serios daños a su salud. En el caso de las decisiones estándares o urgentes, si UnitedHealthcare Community Plan, usted o su proveedor solicitan una extensión, o si se necesita información adicional, se puede otorgar una extensión de hasta catorce (14) días calendario adicionales.

Comuníquese con UnitedHealthcare Community Plan si no sabe cómo obtener servicios durante una crisis. Lo ayudaremos a encontrar un proveedor para casos de crisis. Llame al **1-800-842-3014**, TTY **711**. Si tiene pensamientos acerca de lastimarse a usted mismo o a alguien más, debe hacer lo siguiente:

- Llamar al **988** o al **911** para obtener ayuda inmediatamente.
- Dirigirse al hospital más cercano para obtener atención de emergencia.

Si tiene preguntas sobre los servicios de recuperación y adicción, llame a la Línea de asesoramiento médico de ARTS al **1-800-842-3014**, TTY **711**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. Llame a este número si necesita ayuda para determinar qué tipo de atención de la salud necesita o para obtener la atención que necesita.

Si está pensando en hacerse daño a usted mismo o a otra persona, llame a la Línea de crisis de salud conductual al **1-800-842-3014**, TTY **711**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. Recuerde que si necesita ayuda de inmediato, debe llamar al **911**.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

UnitedHealthcare Community Plan y el Departamento cubren los LTSS como servicios de enfermería privada, atención personal y servicios de atención de la salud para adultos durante el día, con el fin de ayudar a las personas a que satisfagan sus necesidades diarias y a que mantengan una vida independiente en la comunidad o en un centro. Antes de recibir LTSS, un equipo comunitario u hospitalario realizará un examen de detección para determinar si cumple con los criterios de “nivel de atención”, es decir, si reúne los requisitos para recibir LTSS y si los necesita. Comuníquese con su administrador de atención para obtener información sobre el proceso del examen de detección para recibir los LTSS.

Puede obtener LTSS en el entorno más conveniente para usted: su hogar, la comunidad o un centro de enfermería. Los miembros que estén interesados en mudarse de un centro de enfermería a su hogar o a la comunidad deben comunicarse con su administrador de atención. Sin embargo, es importante que sepa que recibir ciertos tipos de atención dará lugar a que se cancele su inscripción en la atención administrada y UnitedHealthcare Community Plan, pero conservará Medicaid. Estos tipos de atención médica incluyen lo siguiente:

- Centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate care facility for individuals with intellectual disabilities, ICF/IID)
- Atención de uno de los siguientes centros de enfermería:
 - Bedford County Nursing Home
 - Birmingham Green
 - Dogwood Village of Orange County Health
 - Lake Taylor Transitional Care Hospital
 - Lucy Corr Nursing Home
 - The Virginia Home Nursing Facility
 - Virginia Veterans Care Center
 - Sitter and Barfoot Veterans Care Center
 - Braintree Manor Nursing Facility and Rehabilitation Center
- Atención del centro de atención a largo plazo operado por el estado de Piedmont, Hiram Davis o Hancock
- Programa de atención integral para la tercera edad (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)

5. Sus beneficios

Si recibe LTSS, es posible que deba pagar parte de su atención (consulte la **Sección 9: Costo compartido**). Si tiene Medicare, UnitedHealthcare Community Plan cubrirá la atención en un centro de enfermería después de que haya recibido toda la atención de enfermería especializada que estaba disponible para usted. Se requiere autorización previa para la mayoría de los servicios LTSS. Puede comunicarse con Servicios para Miembros o con su administrador de atención si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo solicitar una autorización de servicio. Si desea solicitar un servicio específico que requiere una autorización de servicio, su administrador de atención puede ayudarlo a encontrar el proveedor adecuado que pueda determinar si necesita el servicio.

Beneficios para afiliados en el programa de exención de los Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCBS)

Algunos miembros pueden calificar para el programa de exención de los Servicios en el Hogar y la Comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) (consulte la tabla a continuación). Para obtener más información o averiguar si es elegible, comuníquese con UnitedHealthcare Community Plan o con su administrador de atención. Los servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo se administran a través del Departamento de Salud Conductual y Servicios del Desarrollo (DBHDS). También puede encontrar más información sobre los servicios de exención para personas con discapacidades del desarrollo en el sitio web del DBHDS, mylifemycommunityvirginia.org, o llamando al 1-844-603-9248.

Renuncia	Descripción	Ejemplos de beneficios cubiertos
Exención de Commonwealth Coordinated Care (CCC) Plus	Proporciona atención en su hogar y en la comunidad, en lugar de un centro de enfermería. Puede optar por recibir servicios dirigidos por la agencia o por el consumidor, o ambos.	<ul style="list-style-type: none">• Atención de la salud para adultos durante el día• Tecnología asistencial• Modificaciones ambientales• Atención personal• Sistema de respuesta a emergencias personales• Enfermería privada• Cuidado sustituto• Servicios de transición

46 **¿Tiene preguntas?** Visite uhcommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Renuncia	Descripción	Ejemplos de beneficios cubiertos
<p>Exenciones para Personas con Discapacidades del Desarrollo:</p> <p>Desarrollo de la Independencia (Building Independence, BI)</p> <p>Vida Comunitaria (Community Living, CL)</p> <p>Apoyos Familiares e Individuales (Family and Individual Supports, FIS)</p>	<p>Proporciona apoyo y servicios a miembros con discapacidades del desarrollo para ayudarlos con su aprendizaje, salud física y conductual, empleo, recreación e inclusión en la comunidad, así como para que puedan tener una vida exitosa. Es posible que haya listas de espera para las exenciones.</p> <p>Si necesita estos servicios, debe colocar su nombre en la lista de espera para que cuando haya disponibilidad, pueda comenzar a recibirlos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnología asistencial • Servicios de planificación de beneficios • Servicios electrónicos en el hogar • Empleo y apoyos diurnos • Modificaciones ambientales • Sistema de respuesta a emergencias personales • Apoyos para crisis • Opciones residenciales

Se requiere autorización previa para la mayoría de los servicios HCBS. Puede comunicarse con Servicios para Miembros o con su administrador de atención si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo solicitar una autorización de servicio. Si desea solicitar un servicio específico que requiere una autorización de servicio, su administrador de atención puede ayudarlo a encontrar el proveedor adecuado que pueda determinar si necesita el servicio.

5. Sus beneficios

Beneficios para niños/jóvenes menores de 21 años

Servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT)

Los beneficios no son los mismos para todos los miembros de Cardinal Care. Los niños y jóvenes menores de 21 años con Medicaid tienen derecho a recibir servicios de EPSDT, un beneficio exigido por el gobierno federal. Los servicios EPSDT son servicios integrales para determinar la afección de un niño, tratarla y mejorarla o evitar que empeore. Los servicios cubiertos incluyen cualquier atención de la salud necesaria desde el punto de vista médico, incluso si el servicio no suele estar disponible para adultos u otros miembros de Medicaid. Los servicios EPSDT están disponibles sin costo alguno. Algunos ejemplos de servicios de EPSDT incluyen lo siguiente:

- Visitas de bienestar/exámenes de detección para niños y vacunas
- Servicios de evaluación periódica (dentales, de la visión y la audición)
- Visitas de asesoramiento sobre el COVID-19
- Servicios de desarrollo
- Anteojos (incluido el reemplazo de anteojos perdidos, rotos o robados) y otros servicios de la vista
- Ortopedia (aparatos ortopédicos, férulas, soportes)
- Servicios de atención personal o asistencia personal (por ejemplo, ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse)
- Enfermería privada
- Gestión de casos de tratamiento de cuidado tutelar

Es posible que los ensayos clínicos se consideren caso por caso

Los niños con FAMIS son elegibles para recibir visitas de bienestar y vacunas, pero no todos los servicios EPSDT. Para obtener más información sobre cómo acceder a los servicios EPSDT, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan o con su administrador de atención.

Servicios de intervención temprana (EI)

Si tiene un bebé de menos de tres años y no está aprendiendo o no se está desarrollando como otros bebés, su hijo puede reunir los requisitos para los servicios de EI. Los servicios de EI incluyen, por ejemplo, lo siguiente:

- Terapia del habla
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Coordinación de servicios
- Servicios del desarrollo para apoyar el aprendizaje y desarrollo del niño

Los servicios de EI no requieren una autorización de servicio de UnitedHealthcare Community Plan. Los servicios de EI no tienen costo alguno para usted. Comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan para obtener una lista de proveedores, especialistas y administradores de casos de EI. Su administrador de atención puede ponerle en contacto con su programa local Infant and Toddler Connection para ayudarlo a acceder a estos servicios. También puede llamar directamente al programa Infant and Toddler Connection al 1-800-234-1448, TTY 711 o visitar [itcva.online](https://www.itsva.com).

Servicios de salud escolar

El Departamento cubre el costo de algunos servicios de atención de la salud o relacionados con la salud proporcionados a niños inscritos en Cardinal Care en su escuela. Los servicios de salud escolar pueden incluir ciertos servicios médicos, de salud conductual, de audición, de atención personal o de terapia de rehabilitación, como terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de fisioterapia, y se basan en el plan de educación individualizada (Individualized Education Plan, IEP) de su hijo, según lo determine la escuela. La escuela de su hijo coordinará estos servicios y su hijo podrá recibirlos de forma gratuita. Los niños también pueden recibir servicios de EPSDT cubiertos mientras están en la escuela (consulte la **Sección 5: Sus beneficios**). Comuníquese con el administrador de la escuela de su hijo si tiene preguntas sobre los servicios de salud de la escuela.

5. Sus beneficios

Beneficios de planificación familiar y durante y después del embarazo

Puede obtener servicios de atención de la salud gratuitos que lo ayudarán a tener un embarazo y un bebé saludables. Esto incluye servicios de atención de la salud durante un máximo de 12 meses después del parto. UnitedHealthcare Community Plan y el Departamento cubren los siguientes servicios:

- Servicios para el parto y el nacimiento
- Servicios de doula (acompañante durante el parto)
- Planificación familiar (servicios, dispositivos, medicamentos, incluidas los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada, y suministros para la demora o prevención de embarazo)
- Consulta sobre lactancia y extractores de leche
- Servicios de una enfermera partera/un proveedor
- Servicios relacionados con el embarazo
- Servicios y programas prenatales/para bebés. (Puede ganar recompensas por asistir a visitas prenatales y tomar decisiones saludables para usted y su bebé. Comuníquese con el plan para obtener más información).
- Servicios posparto (incluido el examen de detección de depresión posparto)
- Servicios para tratar cualquier afección médica que podría complicar el embarazo
- Servicios para dejar de fumar
- Servicios de tratamiento para consumo de sustancias controladas
- Servicios de aborto (solo si un médico certifica por escrito que existe un peligro sustancial para la vida de la madre)

Recuerde que no necesita una autorización de servicio ni un referido para obtener servicios de planificación familiar. Puede obtener servicios de planificación familiar de cualquier proveedor, aun si no participa de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Si está interesada en nuestros servicios para mujeres embarazadas, llame al 1-800-599-5985 para inscribirse en nuestro programa Healthy First Steps.

Cobertura para recién nacidos

Si tiene un bebé, informe lo antes posible sobre el nacimiento al Departamento para que su hijo pueda obtener un seguro de salud. Para hacerlo, llame a Cover Virginia al 1-833-5CALLVA o comuníquese con su Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) local.

Beneficios adicionales para los miembros de UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan proporciona algunos beneficios adicionales para sus miembros. Estos incluyen lo siguiente:

- Incentivos de hasta \$100 en Footlocker para miembros de hasta 18 años que se vacunen.
- Acceso gratuito a más de 300 gimnasios y YMCA locales para miembros mayores de 18 años.
- Acceso gratuito a más de 14,000 opciones de acondicionamiento físico virtual para miembros mayores de 18 años.
- Examen físico deportivo extracurricular cubierto por el plan de salud.
- Membresías gratuitas en Boys & Girls Club.
- Sanvello: aplicación telefónica interactiva para ayudar a controlar el estrés, la ansiedad y la depresión. Para obtener información sobre la inscripción, visite [Sanvello.com](https://www.sanvello.com).
- Servicios oftalmológicos de rutina: los exámenes de la vista y los anteojos están cubiertos para miembros de 21 años o más una vez cada 2 años.
- Asistencia para miembros con asma: reciba fundas para colchones y almohadas gratuitas que ayudan a eliminar los ácaros del polvo para las personas con asma.
- Programa de teléfono celular gratuito: teléfono inteligente gratuito con minutos y mensajes de texto ilimitados. El servicio no es transferible. Solo los miembros elegibles pueden inscribirse en el programa. El programa se limita a un descuento por familia. El teléfono está sujeto a ubicación y a que se cumplan algunos requisitos. Para solicitar y elegir el programa más adecuado para usted, visite www.lifelinesupport.org.
- Healthy First Steps: puede ganar recompensas por asistir a visitas prenatales y tomar decisiones saludables para usted y su bebé. Comuníquese con el plan para obtener más información.

¿Tiene preguntas? Visite uhccommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

5. Sus beneficios

- Transporte médico que no sea de emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT): el NEMT proporciona apoyo crucial para ayudar a las personas a asumir sus responsabilidades personales y mejorar su salud general. Este beneficio mejorará su acceso a la atención, en especial en áreas rurales, donde las necesidades de transporte afectan la capacidad de los miembros para llevar un estilo de vida más saludable. Nuestro beneficio mejorado incluye hasta 6 viajes cada 6 meses a destinos que de otro modo no estarían cubiertos por Medicaid. Esto incluye viajes de ida y vuelta a lugares de culto, gimnasios, el Departamento de Vehículos Motorizados, tiendas de comestibles y oficinas de elegibilidad de Medicaid. No hay límites en los traslados a bancos de alimentos, mercados de agricultores o citas para mujeres, bebés y niños.
- Weight Watchers: proporcionaremos 13 cupones para reuniones de Weight Watchers por año para miembros de 10 años de edad o mayores que reúnan los requisitos.
- On My Way (OMW): sitio web interactivo que brinda educación y apoyo para adultos jóvenes y les ayuda a prepararse para situaciones del mundo real. Para obtener información sobre la inscripción, visite www.uhcOMW.com.

Si tiene alguna pregunta sobre estos beneficios, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros.

6. Sus medicamentos recetados

Comprensión de su cobertura de medicamentos recetados

Los medicamentos recetados son medicamentos que su proveedor le indica (le “receta”). Por lo general, UnitedHealthcare Community Plan cubrirá (“pagará”) sus medicamentos, si su PCP u otro proveedor le emiten una receta y su medicamento recetado está en la Lista de medicamentos preferidos. Si es nuevo en UnitedHealthcare Community Plan, puede seguir recibiendo los medicamentos que ya está tomando durante 30 días como mínimo. Si un medicamento recetado que necesita no está en la Lista de medicamentos preferidos, puede obtenerlo de todas maneras, si es necesario desde el punto de vista médico.

Para averiguar qué medicamentos recetados cubren UnitedHealthcare Community Plan y el Departamento, consulte la Lista de medicamentos preferidos en uhcommunityplan.com/Virginia. La Lista de medicamentos preferidos puede cambiar durante el año, pero UnitedHealthcare Community Plan siempre contará con la información más actualizada. Información sobre cómo comunicarse con el Plan para obtener las Listas de medicamentos preferidos actuales. Descripción de cómo se notifica a los miembros sobre los cambios en la Lista de medicamentos preferidos, incluso si un medicamento que un miembro está tomando se elimina de la lista.

Puede encontrar la Lista de medicamentos preferidos en línea en myuhc.com/CommunityPlan. También puede buscar por nombre de un medicamento en el sitio web. Comenzar a surtir sus recetas es fácil. Aquí le mostramos cómo:

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

Sí.

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

6. Sus medicamentos recetados

No.

Si sus medicamentos recetados no están en la Lista de medicamentos preferido, programe una cita con su médico dentro de los próximos 30 días. Es posible que pueda ayudarlo a cambiar a un medicamento que esté en la Lista de medicamentos preferidos. Su médico también puede ayudarlo a solicitar una excepción si cree que necesita un medicamento de marca que no está en la lista y es necesario desde el punto de vista médico.

No estoy seguro.

Consulte la Lista de medicamentos preferidos en línea en myuhc.com/CommunityPlan (haga clic en “Find A Drug” (Encuentre un medicamento) en el lado izquierdo de la pantalla). También puede comunicarse con Servicio para Miembros. Estamos aquí para ayudarlo.

En virtud de la ley, hay algunos medicamentos que no pueden cubrirse. Los medicamentos que no pueden cubrirse incluyen medicamentos experimentales, medicamentos para la pérdida o el aumento de peso, medicamentos para promover la fertilidad o para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, y medicamentos utilizados con fines estéticos.

Medicamentos recetados para miembros de FAMIS

Los medicamentos recetados genéricos para pacientes ambulatorios están cubiertos. Si elige un medicamento de marca, usted será responsable del 100% de la diferencia entre el cargo permitido del medicamento genérico y el medicamento de marca.

Medicamentos que requieren que usted o su proveedor tomen medidas adicionales

Existen normas o restricciones que limitan cómo y cuándo puede obtener algunos medicamentos. Por ejemplo, un medicamento puede tener un límite de cantidad, lo que significa que solo puede obtener una cierta cantidad del medicamento cada vez que surte su receta. En el caso de los medicamentos para los cuales se aplican normas especiales, es posible que necesite una autorización de servicio de UnitedHealthcare Community Plan antes de que pueda surtir su receta (consulte la **Sección 7: Cómo obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos**). Si no obtiene la aprobación, es probable que UnitedHealthcare Community Plan no cubra el medicamento. Para averiguar si existe una norma especial para el medicamento que necesita, consulte la Lista de medicamentos preferidos. Si UnitedHealthcare Community Plan rechaza o limita su cobertura de un medicamento, y usted no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a apelar dicha decisión (consulte la **Sección 8: Quejas y apelaciones**).

6. Sus medicamentos recetados

En algunos casos, UnitedHealthcare Community Plan puede requerir una “terapia escalonada”. Esto ocurre cuando prueba un medicamento (por lo general, uno que es menos costoso) antes de que UnitedHealthcare Community Plan cubra otro medicamento (por lo general, uno que es más costoso) para su afección médica. Si el primer medicamento no funciona, puede probar el segundo medicamento.

Suministro de medicamentos de emergencia

Si alguna vez necesita un medicamento y no puede obtener una autorización de servicio lo suficientemente rápido (por ejemplo, durante el fin de semana o un feriado), puede obtener un suministro a corto plazo de su medicamento si obtiene la aprobación de UnitedHealthcare Community Plan. Puede obtener la aprobación de UnitedHealthcare Community Plan si un farmacéutico considera que su salud estaría en riesgo si no recibiera el beneficio del medicamento. Cuando esto sucede, UnitedHealthcare Community Plan puede autorizar un suministro de emergencia de 72 horas.

Este proceso le proporciona un suministro de corto plazo de los medicamentos que necesita y da tiempo para que su médico presente una solicitud de autorización de servicio para el medicamento recetado. El farmacéutico llamará a United Healthcare Community Plan para ayudarlo con la solicitud del suministro de emergencia.

Suministro de emergencia de tres días de medicamentos recetados

Si necesita el medicamento de inmediato y no cuenta con una autorización previa, puede seguir estas políticas y obtener un suministro de emergencia de tres días del medicamento:

- Solo se permitirá un suministro de tres días por miembro, por medicamento
- En el caso de los medicamentos para los cuales no se puede otorgar un suministro exacto de tres días, como los inhaladores con medidor de dosis, los aerosoles nasales, las preparaciones tópicas y los polvos de reconstitución, se permitirá la cantidad mínima como un suministro de tres días
- Complete los campos del formulario de reclamo de la siguiente manera:
 - “Prior Authorization Type code” (Código de tipo de autorización previa) (Campo 461-EU) = 8
 - “Prior Authorization Number Submitted” (Número de autorización previa enviado) (Campo 462-EV) = 3
 - “Day Supply” (Suministro diario) en el segmento de reclamo de la transacción de facturación (Campo 405-D5) = 3

6. Sus medicamentos recetados

- Para evitar errores de procesamiento, verifique la información que figura en la tarjeta de identificación de cada miembro antes de enviar recetas

Si tiene preguntas, comuníquese con el servicio de asistencia de OptumRx, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al número de farmacéuticos que se encuentra en el reverso de la tarjeta de identificación de miembro.

Suministro de medicamentos a largo plazo

Los miembros pueden recibir hasta un suministro de un mes (34 días) de un medicamento por pedido de receta o renovación de receta. Los miembros pueden volver a pedir o renovar un medicamento después de usar el 85 por ciento del medicamento.

Si necesita un suministro a largo plazo de un medicamento recetado específico, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-844-952-7434**, TTY **711** o llame a su Coordinador de atención.

Cómo obtener sus medicamentos de una farmacia de la red

Cuando su proveedor solicite un medicamento recetado para usted, deberá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red (excepto en los casos de emergencia). Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir medicamentos para los miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Para encontrar una farmacia de la red, consulte el Directorio de proveedores disponible en www.uhcommunityplan.com/va.html. Puede usar cualquiera de las farmacias de la red de UnitedHealthcare Community Plan.

Si necesita cambiar de farmacia, puede pedirle a su farmacia que transfiera su receta a otra farmacia de la red. Si su farmacia abandona la red de UnitedHealthcare Community Plan, puede encontrar una nueva farmacia consultando el Directorio de proveedores o llamando a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-844-752-9434**, TTY **711**.

Cuando vaya a la farmacia de la red para dejar una receta o retirar medicamentos, muestre su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Si tiene Medicare, muestre su tarjeta de Medicare y su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan o a su administrador de atención si tiene preguntas o necesita ayuda para surtir una receta o encontrar una farmacia de la red.

56 **¿Tiene preguntas?** Visite uhcommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Cómo recibir medicamentos por correo en su hogar

A veces, es posible que necesite un medicamento que no está disponible en una farmacia cercana, como un medicamento para tratar una afección compleja o un medicamento que requiere manejo y atención especiales. En este caso, una farmacia especializada enviará estos medicamentos a su hogar o al consultorio de su proveedor.

Puede usar los servicios de pedido por correo para obtener un suministro de hasta 31 días. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**.

Programa de Administración y Seguridad de Prestación del Paciente

Algunos miembros que necesitan apoyo adicional para la administración de sus medicamentos pueden inscribirse en el Programa de Administración y Seguridad de Prestación del Paciente. El programa ayuda a coordinar sus medicamentos y servicios para que, en conjunto, no perjudiquen su salud. Es posible que los miembros del Programa de Administración y Seguridad de Prestación del Paciente deban limitarse a usar solo una farmacia para obtener sus medicamentos.

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta con información adicional si participa en el Programa de Administración y Seguridad de Prestación del Paciente. Si se lo asigna al programa, pero considera que esto no debería haber sucedido, puede apelar la decisión dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la carta (consulte la **Sección 8: Quejas y apelaciones**).

7. Cómo obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos

Segundas opiniones

Si no está de acuerdo con la opinión de su proveedor con respecto a los servicios que necesita, tiene derecho a obtener una segunda opinión. Puede obtener una segunda opinión gratuita de un proveedor de la red sin un referido. Cuando no es posible acceder a los proveedores de la red o cuando estos no pueden satisfacer sus necesidades, su proveedor de atención primaria puede referirlo a un proveedor fuera de la red para que obtenga una segunda opinión sin costo alguno.

Autorización de servicio

Algunos servicios, tratamientos y medicamentos requieren autorización de servicio para recibirlos por primera vez o para continuar recibéndolos. Una autorización de servicio ayuda a determinar si ciertos servicios son necesarios desde el punto de vista médico y si UnitedHealthcare Community Plan puede cubrirlos para usted. Después de evaluar sus necesidades y hacer una recomendación de atención, su proveedor debe presentar una solicitud de autorización de servicio ante UnitedHealthcare Community Plan, la cual debe incluir información que explique los motivos por los cuales necesita el servicio. Esto ayuda a garantizar que se les pueda pagar por los servicios que le brindan. Las solicitudes de cobertura para procedimientos médicos, dispositivos o medicamentos nuevos son examinadas por el Comité de Evaluación Tecnológica de UnitedHealthcare Community Plan. Este grupo incluye médicos y otros expertos en atención de la salud. El equipo utiliza pautas nacionales y evidencia científica de estudios médicos para ayudar a decidir si UnitedHealthcare Community Plan debe aprobar el equipo, procedimiento o medicamento nuevo. Un comité integrado por médicos, personal de enfermería, farmacéuticos y expertos invitados de UnitedHealthcare Community Plan examina esta información. Ellos toman la decisión final sobre la cobertura. Si desea obtener más información, llámenos al **1-844-752-9434**, TTY 711.

7. Cómo obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos

Si es un miembro nuevo de UnitedHealthcare Community Plan, este respetará cualquier autorización de servicio que haya otorgado el Departamento u otro plan de salud, durante un máximo de 30 días (o hasta que la autorización finalice si eso ocurre antes), o durante un máximo de 60 días, si está embarazada o tiene necesidades sociales o de salud significativas.

Las decisiones se basan en lo que es adecuado para cada miembro y en el tipo de atención médica y los servicios que son necesarios. Seguimos los estándares de atención en función de lo siguiente:

- Políticas médicas
- Pautas clínicas nacionales
- Pautas y beneficios para la salud de Medicaid

UnitedHealthcare Community Plan no recompensa a los empleados, asesores u otros proveedores por lo siguiente:

- Denegar la atención médica o los servicios que usted necesita
- Respaldo las decisiones que aprueban menos de lo que usted necesita
- Afirmar que usted no tiene cobertura

Puede solicitar los planes de incentivos de su médico. Consulte la **Sección 5: Sus beneficios** para conocer qué servicios específicos requieren autorización de servicio.

Nunca se requiere autorización de servicio para los servicios de atención primaria, la atención de emergencia, los servicios preventivos, los servicios de EI, los servicios de planificación familiar, la atención prenatal básica ni los servicios cubiertos por Medicare.

Cómo obtener una autorización de servicio

Para enviar una solicitud de autorización de servicio, llame al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Los Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan o su administrador de atención pueden responder sus preguntas y compartir información adicional sobre cómo solicitar una autorización de servicio. Si desea solicitar un servicio específico que requiere una autorización de servicio, su administrador de atención puede ayudarlo a encontrar el proveedor adecuado que pueda determinar si necesita el servicio.

7. Cómo obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos

Plazos para la revisión de autorización de servicio

Después de recibir su solicitud de autorización de servicio, UnitedHealthcare Community Plan determinará si la aprobará o la rechazará. Por lo general, UnitedHealthcare Community Plan le notificará por escrito al respecto tan pronto como sea necesario y dentro de los 14 días calendario (para los servicios de salud física y conductual). Si esperar tanto tiempo podría perjudicar gravemente su salud o su capacidad de funcionamiento, UnitedHealthcare Community Plan tomará una decisión más rápidamente. En ese caso, UnitedHealthcare Community Plan le notificará por escrito dentro de los tres días calendario. Las revisiones de las solicitudes de autorización posteriores al servicio se completan en 30 días calendario y dicho plazo se puede extender hasta 14 días calendario.

UnitedHealthcare Community Plan tomará cualquier decisión sobre los servicios de farmacia en un plazo de 24 horas. Durante los fines de semana o feriados, UnitedHealthcare Community Plan puede autorizar un suministro de emergencia de 72 horas para sus medicamentos recetados. Esto permite que su proveedor tenga tiempo para presentar una solicitud de autorización de servicio y que usted pueda recibir un suministro adicional de su medicamento recetado después de que se haya otorgado el suministro de emergencia de 72 horas.

UnitedHealthcare Community Plan se comunicará con su proveedor si necesita información o tiempo adicionales para tomar una decisión con respecto a su autorización de servicio. Se le informará sobre la comunicación con su proveedor solicitante. Si no está de acuerdo con que UnitedHealthcare Community Plan se tome más tiempo para revisar su solicitud o si no le gusta la forma en que UnitedHealthcare Community Plan abordó su solicitud, consulte la **Sección 8: Quejas y apelaciones** para saber cómo presentar una queja. Puede hablar con su administrador de atención sobre sus inquietudes o puede llamar a la Línea de ayuda para la inscripción en la atención administrada de Cardinal Care al 1-800-643-2273, TTY 1-800-817-6608. Si tiene información adicional que desea compartir con UnitedHealthcare Community Plan para que este pueda tomar una decisión sobre su caso, usted o su proveedor pueden solicitar que UnitedHealthcare Community Plan se tome más tiempo para tomar una decisión, a fin de que se incluya la información adicional.

Determinaciones de beneficios adversas

Si UnitedHealthcare Community Plan rechaza una solicitud de autorización de servicio, esto se denomina “determinación de beneficios adversa”. Cuando UnitedHealthcare Community Plan aprueba solo una parte de la solicitud de atención o un monto de servicio inferior al que solicitó su proveedor, esto también se considera una determinación de beneficios adversa. Ejemplos de acciones por parte de UnitedHealthcare Community Plan que constituyen una determinación de beneficios adversa:

- Rechazar o limitar una solicitud de atención de la salud o servicios que su proveedor o usted consideran que debería poder recibir, incluidos los servicios fuera de la red de su proveedor
- Reducir, suspender o interrumpir la atención de la salud o los servicios que ya estaba recibiendo
- No proporcionar los servicios de manera oportuna
- No resolver una queja formal o apelación de manera oportuna
- Rechazar su solicitud para que se reconsidere una responsabilidad financiera
- No pagar la totalidad o parte de sus servicios o atención de la salud

Si UnitedHealthcare Community Plan toma una determinación de beneficios adversa, por lo general, notificará a su proveedor y a usted por escrito al menos 10 días antes de realizar cambios en su servicio. No obstante, si no recibe noticias de UnitedHealthcare Community Plan, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan o con el proveedor que le proporcionaría el servicio para hacer un seguimiento. Cuando UnitedHealthcare Community Plan le notifique la decisión por escrito, le informará cuál fue la decisión que tomó, el motivo por el cual tomó dicha decisión y cómo puede apelar la decisión si no está de acuerdo con ella. Debe compartir una copia de esta decisión con su proveedor. Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una apelación. Consulte la **Sección 8: Quejas y apelaciones** para obtener más información sobre el proceso de apelación.

8. Quejas y apelaciones

Apelaciones

Cuándo se debe presentar una apelación ante UnitedHealthcare Community Plan

Tiene derecho a presentar una apelación si no está de acuerdo con una determinación de beneficios adversa (consulte la **Sección 7: Cómo obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos**) que UnitedHealthcare Community Plan realice sobre su cobertura de salud o servicios cubiertos. Debe apelar dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de la carta de determinación de beneficios adversa. Un representante autorizado (proveedor, familiar, etc.) o su abogado pueden actuar en su nombre. Si desea que otra persona presente la apelación en su nombre, debe llamar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-844-752-9434**, TTY **711** para informar al respecto a UnitedHealthcare Community Plan. Consulte la **Sección 7: Cómo obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos** para obtener más información sobre las autorizaciones de servicios y las determinaciones de beneficios adversas. Si necesita asistencia con una apelación, puede comunicarse con su administrador de atención.

No perderá la cobertura si presenta una apelación. En algunos casos, es posible que pueda seguir recibiendo servicios que fueron rechazados mientras espera a que se tome una decisión con respecto a su apelación. Comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan si su apelación corresponde a un servicio que está recibiendo y que se interrumpirá o reducirá. Si no gana la apelación, es posible que tenga que pagar los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación.

Cómo presentar su apelación ante UnitedHealthcare Community Plan

Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Puede presentar una solicitud de apelación estándar (regular) o acelerada (rápida). Puede presentar una apelación acelerada si usted o su proveedor consideran que su afección de salud o necesidad de los servicios requiere una revisión urgente. Usted o su médico pueden solicitar una revisión acelerada si se considera que un retraso podría causar serios daños a su salud. Si su solicitud para una revisión acelerada fue denegada, se lo notificaremos y su caso será tratado bajo el proceso de revisión estándar.

Solicitudes telefónicas	1-844-752-9434, TTY 711
Solicitudes por escrito	Correo postal: P.O. Box 31364 Salt Lake City, UT 84131-0364 Fax: 1-801-994-1082
Solicitudes electrónicas (Solo el envío en línea del proveedor)	Visite https://csprovideranddg.optum.com y presente una apelación previa al servicio y una solicitud de apelación previa al servicio acelerada. Por teléfono: 1-844-752-9434, TTY 711

Plazos para solicitar una apelación ante UnitedHealthcare Community Plan

Cuando presente una apelación, asegúrese de informar a UnitedHealthcare Community Plan sobre cualquier información nueva o adicional que desee que se utilice para tomar una decisión con respecto a la apelación. Puede enviar información por escrito a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
 Appeals Department
 P.O. Box 31364
 Salt Lake City, UT 84131-0364
 Fax: 1-801-994-1082

8. Quejas y apelaciones

También puede llamar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan si necesita ayuda. United Healthcare Community Plan le enviará una carta para informarle que ha recibido su apelación.

Si UnitedHealthcare Community Plan necesita información adicional para tomar una decisión con respecto a la apelación, le enviará un aviso por escrito dentro de los dos días calendario posteriores a la recepción de su apelación, para informarle qué información se necesita. En el caso de las apelaciones aceleradas (es decir, las apelaciones que deben resolverse en un plazo más rápido de lo normal), UnitedHealthcare Community Plan también lo llamará de inmediato. Si UnitedHealthcare Community Plan necesita información adicional, la decisión sobre su apelación estándar o acelerada podría retrasarse hasta 14 días a partir de los plazos respectivos.

En el caso de que UnitedHealthcare Community Plan tenga toda la información necesaria sobre usted:

- Dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud de apelación **acelerada**, UnitedHealthcare Community Plan le enviará un aviso por escrito e intentará proporcionarle un aviso oral para informarle sobre la decisión.
- Dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación **estándar**, UnitedHealthcare Community Plan le enviará un aviso por escrito para informarle sobre la decisión.

Si no está satisfecho con la decisión que tomó UnitedHealthcare Community Plan con respecto a su apelación

Puede presentar una apelación ante el Departamento, a través de lo que se denomina “proceso de audiencia imparcial estatal”, después de presentar una apelación ante UnitedHealthcare Community Plan, en las siguientes circunstancias:

- Si no está de acuerdo con la decisión final que tomó UnitedHealthcare Community Plan con respecto a su apelación
- O**
- Si UnitedHealthcare Community Plan no respondió a su apelación de manera oportuna

Al igual que lo que sucede con el proceso de apelaciones de UnitedHealthcare Community Plan, es posible que pueda seguir recibiendo los servicios que fueron rechazados mientras espera a que se tome una decisión sobre su apelación ante la audiencia imparcial estatal (pero, en última instancia, es posible que deba pagar por estos servicios si se rechaza su apelación ante la audiencia imparcial estatal).

Cómo presentar una apelación ante una audiencia imparcial estatal

Usted (o su representante autorizado) debe presentar una apelación ante el estado dentro de los 120 días calendario posteriores a la fecha en que UnitedHealthcare Community Plan emita su carta de notificación de la decisión final con respecto a la apelación. Puede presentar la apelación por teléfono, por correo postal o por medios electrónicos. Si decide presentar su apelación por correo, puede escribir su propia carta o usar el formulario de solicitud de apelación del Departamento. Asegúrese de incluir una copia completa del aviso final por escrito en el que se indique la decisión que tomó UnitedHealthcare Community Plan con respecto a la apelación, así como cualquier documento que desee que el Departamento revise. Si un representante autorizado presentará su apelación, debe proporcionar documentos que demuestren que esa persona puede actuar en su nombre.

Si desea que una audiencia estatal imparcial se maneje de forma rápida, debe escribir de forma clara “EXPEDITED REQUEST” (SOLICITUD ACELERADA) en su solicitud de apelación ante una audiencia imparcial estatal. También debe pedirle a su proveedor que envíe una carta al Departamento, en la que explique por qué necesita presentar una solicitud acelerada ante una audiencia imparcial estatal.

Solicitudes telefónicas	1-804-371-8488, TTY 1-800-828-1120
Solicitudes por escrito	Correo postal: Appeals Division, DMAS 600 E. Broad Street Richmond, VA 23219 Fax: 804-452-5454
Solicitudes electrónicas	Sitio web: dmas.virginia.gov/appeals Correo electrónico: appeals@dmas.virginia.gov

8. Quejas y apelaciones

Plazo para presentar una apelación ante una audiencia imparcial estatal

Después de que presente su apelación ante la audiencia imparcial estatal, el Departamento le informará sobre la fecha, la hora y el lugar de la audiencia programada. La mayoría de las audiencias se pueden realizar por teléfono. También puede solicitar una audiencia en persona.

Si califica para presentar una apelación **acelerada** ante una audiencia imparcial estatal, por lo general, la audiencia se llevará a cabo en un plazo de uno a dos días luego de que el Departamento reciba la carta de solicitud acelerada de su proveedor. El Departamento emitirá una decisión por escrito con respecto a la apelación dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la carta de solicitud acelerada de su proveedor.

En el caso de las apelaciones **estándares** ante una audiencia imparcial estatal, por lo general, el Departamento emitirá una decisión por escrito con respecto a la apelación dentro de los 90 días posteriores a la presentación de su apelación ante UnitedHealthcare Community Plan. El plazo de 90 días no incluye la cantidad de días entre la decisión de UnitedHealthcare Community Plan sobre su apelación y la fecha en que usted envió su solicitud de audiencia imparcial estatal al Departamento. Tendrá la oportunidad de participar en una audiencia y presentar su posición.

Resultado de la audiencia imparcial estatal

Si la audiencia imparcial estatal revoca la decisión que había tomado UnitedHealthcare Community Plan con respecto a su apelación, UnitedHealthcare Community Plan debe autorizar o proporcionar los servicios tan pronto como su afección lo requiera y, a más tardar, 72 horas después de la fecha en que el Departamento notifique a UnitedHealthcare Community Plan. Si continuó recibiendo servicios mientras esperaba a que se tomara una decisión sobre su apelación ante la audiencia imparcial estatal, UnitedHealthcare Community Plan debe pagar por esos servicios. Si no gana la apelación, es posible que tenga que pagar los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación. La decisión que se tome en la audiencia imparcial estatal se considerará la decisión final del Departamento. Si no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una apelación ante el tribunal de su circuito local.

Cómo los miembros de FAMIS pueden solicitar una revisión externa

Los miembros de FAMIS pueden solicitar una revisión externa en lugar de una audiencia imparcial estatal. Usted o su representante autorizado deben presentar una solicitud por escrito de revisión externa dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de apelación final de UnitedHealthcare Community Plan. Envíe las solicitudes de revisión externa por correo a la siguiente dirección:

FAMIS External Review
c/o Kepro
2810 N. Parham Road, Suite 305
Henrico, VA 23294

O bien, envíelas en línea en www.DMAS.Kepto.com

Incluya su nombre, el nombre y el número de identificación de su hijo, su número de teléfono con código de área y copias de cualquier aviso o información relevante.

Quejas

Cuándo presentar una queja

Tiene derecho a presentar una queja (una “queja formal”) en cualquier momento. No perderá su cobertura por presentar una queja.

Puede presentar una queja en relación con cualquier asunto, excepto una decisión sobre su cobertura de salud o servicios cubiertos. (Para esos tipos de asuntos, deberá presentar una apelación; consulte la información anterior). Puede presentar una queja ante UnitedHealthcare Community Plan o ante una organización externa si no está satisfecho. Puede presentar quejas sobre lo siguiente:

- **Accesibilidad:** por ejemplo, si no puede acceder físicamente al consultorio o a las instalaciones de su proveedor o necesita asistencia lingüística y no la obtuvo
- **Calidad:** por ejemplo, si no está satisfecho con la calidad de la atención que obtuvo en el hospital
- **Servicios de Atención al Cliente:** por ejemplo, si su proveedor o el personal de atención de la salud fueron groseros con usted

8. Quejas y apelaciones

- Tiempos de espera: por ejemplo, si tiene problemas para coordinar una cita o tiene que esperar mucho tiempo para ver a su proveedor
- Privacidad: por ejemplo, si alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió su información confidencial

¿Recibió una factura médica de un proveedor de la red?

Si es así, siga estos pasos:

- No ignore la factura de su médico. Esto puede dar lugar a que se emita un aviso de cobro. United Healthcare Community Plan of Virginia puede ayudarlo a encontrar una solución.
- Llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**. Tenga su factura o carta a mano cuando llame. Además, esté preparado para proporcionar su número de teléfono y dirección más actuales al representante de Servicios para Miembros.
- El departamento de quejas formales de United Healthcare Community Plan of Virginia recibirá su solicitud. Un miembro del equipo de quejas se comunicará con usted por correo o teléfono para ayudarlo con sus preguntas o inquietudes sobre la facturación.

Cómo presentar una queja ante UnitedHealthcare Community Plan

Para presentar una queja ante UnitedHealthcare Community Plan, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-844-752-9434**, TTY **711** o presente una queja por escrito por correo postal a la siguiente dirección: P.O. Box 31364, Salt Lake City, UT 84131-0364, o bien, envíela por fax al 1-801-994-1082. Asegúrese de incluir detalles sobre la queja para que UnitedHealthcare Community Plan pueda ayudarlo.

UnitedHealthcare Community Plan le informará sobre nuestra decisión dentro de los 90 días calendario posteriores a la recepción de su queja. Si su queja se relaciona con su solicitud de una apelación acelerada (consulte la información anterior), UnitedHealthcare Community Plan emitirá una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su queja.

Cómo presentar una queja ante una organización externa

Para presentar una queja ante una organización externa que no esté afiliada a UnitedHealthcare Community Plan, puede hacer lo siguiente:

- Llamar a la Línea de ayuda para la inscripción en la atención administrada de Cardinal Care al 1-800-643-2273, TTY 1-800-817-6608
- Comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
 - Solicitudes telefónicas: 1-800-368-1019, TTY 800-537-7697
 - Solicitudes por escrito: Office of Civil Rights – Region III, Department of Health and Human Services, 150 S Independence Mall West Suite 372, Public Ledger Building, Philadelphia, PA 19106; o bien, puede enviar un fax al 215-861-4431
- Comunicarse con el defensor del pueblo de la atención a largo plazo de Virginia (para presentar quejas, plantear inquietudes o solicitar asistencia en relación con la atención en centros de enfermería o los servicios y apoyos a largo plazo en la comunidad):
 - Solicitudes telefónicas: 1-800-552-5019, TTY 1-800-464-9950
 - Solicitudes por escrito: Virginia Office of the State Long-Term Care Ombudsman, Virginia Department for Aging and Rehabilitative Services, 8004 Franklin Farms Drive Henrico, Virginia 23229
- Comunicarse con la Oficina de Licencias y Certificaciones del Departamento de Salud de Virginia (para presentar quejas sobre centros de enfermería, hospitales para pacientes ambulatorios e internados, centros de aborto, organizaciones de residencias para ancianos, programas para pacientes terminales, centros de diálisis, laboratorios clínicos y planes de salud):
 - Solicitudes telefónicas: 1-800-955-1819, TTY 711
 - Solicitudes por escrito: Virginia Department of Health, Office of Licensure and Certification, 9960 Maryland Drive, Suite 401, Richmond, Virginia 23233-1463
 - Correo electrónico: mchip@vdh.virginia.gov

9. Costo Compartido

Copagos

Los copagos son importes fijos que usted paga por ciertos servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan o el Departamento. La mayoría de los miembros de UnitedHealthcare Community Plan no deberán abonar copagos por los servicios cubiertos. No obstante, existen algunas excepciones (consulte la información a continuación). Si recibe una factura por un servicio cubierto, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-844-752-9434**, TTY **711**. Recuerde que si recibe servicios que no están cubiertos a través de UnitedHealthcare Community Plan o el Departamento, será responsable del pago del costo total.

Si tiene Medicare, es posible que deba pagar copagos por medicamentos recetados cubiertos en virtud de la Parte D de Medicare.

Pago del paciente

Si recibe LTSS, es posible que deba pagar parte de su atención. Esto se denomina “importe de pago del paciente”. Si tiene Medicare, también es posible que tenga una responsabilidad de pago del paciente por la atención que reciba en un centro de enfermería especializada. Su DSS local le notificará si tiene una responsabilidad de pago del paciente y puede responder preguntas sobre el importe de su pago del paciente.

Primas

No debe pagar una prima por su cobertura. Sin embargo, el Departamento le paga a UnitedHealthcare Community Plan una prima mensual por su cobertura. Si está inscrito en UnitedHealthcare Community Plan, pero no califica para la cobertura porque la información que proporcionó al Departamento o a UnitedHealthcare Community Plan era falsa o porque no informó sobre un cambio (como un aumento en sus ingresos, lo cual puede afectar su calificación para Medicaid/FAMIS), es posible que deba devolverle al Departamento el costo de las primas mensuales. Deberá pagarle al Departamento, incluso si no recibió servicios durante esos meses.

10. Sus derechos

Derechos generales

Como miembro de Cardinal Care, tiene derecho a lo siguiente:

- No ser discriminado por motivos de raza, color, etnia o nacionalidad, edad, sexo, orientación sexual, identidad y expresión de género, religión, creencias políticas, estado civil, embarazo o parto, estado de salud o discapacidad
- Ser tratado con respeto y consideración que merecen su dignidad y privacidad
- Obtener información (incluso a través de este manual) sobre su plan de salud, proveedor, cobertura y beneficios
- Obtener información que pueda comprender con facilidad. Recuerde que hay servicios de interpretación, traducción escrita y recursos auxiliares disponibles sin cargo.
- Acceder a servicios y atención de la salud de manera oportuna, coordinada y culturalmente competente
- Obtener información por parte de su proveedor y plan de salud sobre las opciones de tratamiento
- Participar en todas las decisiones sobre su atención de la salud, incluido el derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento que se le ofrezca
- Pedir ayuda a su plan de salud si su proveedor no ofrece un servicio por motivos morales o religiosos
- Obtener una copia de sus registros médicos y solicitar que se modifiquen o corrijan de acuerdo con las leyes estatales y federales
- Tener la garantía de que se mantenga la confidencialidad y privacidad de sus registros médicos y su tratamiento. UnitedHealthcare Community Plan solo divulgará su información si está permitido en virtud de la ley federal o estatal, o si se requiere para monitorear la calidad de la atención o protegerla contra fraude, malgasto y abuso.
- Vivir de manera segura en el entorno de su elección. Si usted o alguien que conoce sufre abuso, abandono o abuso económico, llame a su DSS local o al DSS de Virginia al 1-888-832-3858. Esta llamada es gratuita.

- Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades, y ejercer sus derechos sin que reciba un mal trato de sus proveedores, UnitedHealthcare Community Plan o el Departamento
- Estar libres de toda restricción o aislamiento usado como medida coercitiva, disciplinaria, de conveniencia o como represalia
- Presentar apelaciones y quejas, y solicitar una audiencia imparcial estatal (consulte la **Sección 8: Quejas y apelaciones**)
- Ejercer cualquier otro derecho garantizado en virtud de las leyes federales o estatales (la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, por ejemplo)

Directrices anticipadas

Las directrices anticipadas son instrucciones escritas para las personas que lo cuidan, a fin de que sepan qué hacer si no puede tomar decisiones de atención de la salud por sí mismo. En su directriz anticipada, se indica el tipo de atención que desea o no desea recibir si se enferma o lesiona, y no puede hablar por sí mismo. Usted tiene derecho a decidir si desea completar una directriz anticipada. UnitedHealthcare Community Plan es responsable de proporcionarle información por escrito sobre las directrices anticipadas y sobre su derecho a completar una directriz anticipada en virtud de la ley de Virginia. UnitedHealthcare Community Plan también debe ayudarlo a comprender por qué es posible que UnitedHealthcare Community Plan no pueda respetar su directriz anticipada.

Si desea completar una directriz anticipada, puede completar un formulario de directriz anticipada. Puede obtener un formulario de directriz anticipada de las siguientes fuentes:

- Virginiaadvancedirectives.org
- Su administrador de atención, si tiene uno
- Su proveedor, un abogado, una agencia de servicios legales, un trabajador social o el hospital
- Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan, si corresponde

10. Sus derechos

Puede cancelar o cambiar su directriz anticipada o poder notarial si sus decisiones o preferencias sobre su atención de la salud o representante autorizado cambian. Si su proveedor no respeta su directriz anticipada, puede presentar una queja ante la División de Cumplimiento del Departamento de Profesiones de la Salud de Virginia:

- 1-800-533-1560, TTY 711
- Correo electrónico: enfcomplaints@dhp.virginia.gov
- Correo postal: Virginia Department of Health Professions
Enforcement Division
9960 Maryland Drive, Suite 300
Henrico, Virginia 23233-146

Si considera que UnitedHealthcare Community Plan no le ha proporcionado la información necesaria sobre las directrices anticipadas o le preocupa que UnitedHealthcare Community Plan no respete su directriz anticipada, puede comunicarse con el Departamento para presentar una queja:

- 1-800-643-2273, TTY 711
- Correo electrónico: DMAS-Info@dmas.virginia.gov, o bien
- Envíe un correo al Departamento a la siguiente dirección:
Department of Medical Assistance Services
600 East Broad Street
Richmond, Virginia 23219

Comité de Asesoramiento para Miembros

Tiene derecho a informarnos cómo el Departamento y UnitedHealthcare Community Plan pueden brindarle un mejor servicio. UnitedHealthcare Community Plan le invita a unirse al Comité de Asesoramiento para Miembros. Como miembro del comité, puede participar en reuniones educativas que se realizan una vez cada tres meses. Puede asistir en persona o virtualmente. Si asiste a las reuniones del comité, usted y su cuidador o familiar tendrán la oportunidad de proporcionar comentarios sobre Cardinal Care y conocer a otros miembros. Si desea obtener más información o desea asistir, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

11. Sus responsabilidades

Responsabilidades generales

Como miembro de Cardinal Care, usted tiene algunas responsabilidades. Esto incluye las siguientes responsabilidades:

- Seguir este manual, comprender sus derechos y hacer preguntas cuando no comprenda o desee obtener más información
- Tratar a sus proveedores, al personal de UnitedHealthcare Community Plan y a otros miembros con respeto y dignidad
- Elegir a su PCP y, si es necesario, cambiar de PCP (consulte la **Sección 3: Proveedores y cómo obtener atención**)
- Llegar a tiempo a las citas y llamar al consultorio de su proveedor lo antes posible si necesita cancelar una cita o si va a llegar tarde
- Mostrar su tarjeta de identificación de miembro cada vez que reciba atención y servicios (consulte la **Sección 2: Descripción general de la atención administrada de Cardinal Care**)
- Proporcionar (en la medida de sus posibilidades) información completa y precisa sobre sus antecedentes médicos y sus síntomas
- Comprender sus problemas de salud y hablar con sus proveedores sobre los objetivos del tratamiento, cuando sea posible
- Trabajar en colaboración con su administrador de atención y su equipo de atención para crear y seguir un plan de atención conveniente para usted (consulte la **Sección 4: Coordinación de la atención y administración de la atención**)
- Invitar a personas a que formen parte de su equipo de atención para que brinden ayuda y apoyo para su tratamiento
- Informar a UnitedHealthcare Community Plan cuando necesite cambiar su plan de atención
- Obtener servicios cubiertos de la red de UnitedHealthcare Community Plan cuando sea posible (consulte la **Sección 3: Proveedores y cómo obtener atención**)
- Obtener la aprobación de UnitedHealthcare Community Plan para recibir servicios que requieren una autorización de servicio (consulte la **Sección 7: Cómo obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos**)

¿Tiene preguntas? Visite uhccommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 75

11. Sus responsabilidades

- Usar la sala de emergencias únicamente para emergencias
- Pagar por los servicios que reciba y que no estén cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan ni el Departamento
- Informar sospechas de fraude, malgasto y abuso (consulte la información a continuación)

Llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al 1-844-752-9434, TTY 711 para informar sobre lo siguiente:

- Su nombre, dirección, número de teléfono o correo electrónico han cambiado (consulte la **Sección 1: Comencemos**)
- Su seguro de salud cambia de cualquier manera (de su empleador o indemnización de trabajadores, por ejemplo) o tiene reclamaciones de responsabilidad, por ejemplo, de un accidente automovilístico
- Su tarjeta de identificación de miembro se daña, pierde o se la roban
- Tiene problemas con el personal o los proveedores de atención médica
- Ingresa en un centro de enfermería u hospital
- Su cuidador o la persona responsable por usted cambian
- Participa en un ensayo clínico o estudio de investigación

Informe de hechos de fraude, malgasto y abuso

Como miembro de Cardinal Care, es responsable de informar sobre un supuesto fraude, malgasto y abuso, así como de asegurarse de no participar en un fraude, malgasto y abuso, ni de generarlo. El fraude es un engaño o tergiversación intencional por parte de una persona que es consciente de que esta acción podría dar lugar a un beneficio no autorizado para sí misma o para otros. El malgasto es el uso excesivo, el uso insuficiente o el uso indebido de los recursos de Medicaid. El abuso es la práctica de causar costos innecesarios al programa de Medicaid o de pagar servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico o que no cumplen con ciertos estándares de atención de la salud.

11. Sus responsabilidades

Estos son algunos ejemplos de fraude, malgasto y abuso de parte del miembro:

- Informar falsamente sus ingresos o activos para calificar para Medicaid
- Vivir permanentemente en un estado que no sea Virginia mientras recibe los beneficios de Cardinal Care
- Usar la tarjeta de identificación de miembro de otra persona para obtener servicios

Estos son ejemplos de fraude, malgasto y abuso de parte del proveedor:

- Proporcionar servicios que no son medicamente necesarios
- Facturar servicios que no se prestaron
- Modificar registros médicos para encubrir actividades ilegales

En la siguiente tabla se incluye información sobre cómo denunciar un supuesto fraude, malgasto o abuso.

Línea directa de fraude y abuso del Departamento

Teléfono	1-804-786-1066, TTY 711 Teléfono gratuito: 1-866-486-1971
Correo electrónico	RecipientFraud@DMAS.virginia.gov
Correo postal	Department of Medical Assistance Services Recipient Audit Unit 600 East Broad Street, Suite 1300 Richmond, VA 23219

11. Sus responsabilidades

Unidad de control de fraude de Medicaid de Virginia (Oficina del Procurador General)

Teléfono	1-804-371-0779, TTY 711 Teléfono gratuito: 1-800-371-0824
Fax	804-786-3509
Correo electrónico	MFCU_mail@oag.state.va.us
Correo postal	Office of the Attorney General Medicaid Fraud Control Unit 202 North Ninth Street Richmond, VA 23219

Línea directa de fraude, malgasto y abuso de la Oficina del Inspector General del Estado de Virginia

Teléfono	1-800-723-1615, TTY 711
Correo electrónico	covhotline@osig.virginia.gov
Correo postal	State Fraud, Waste, and Abuse Hotline 101 N. 14th Street The James Monroe Building, 7th Floor Richmond, VA 23219

12. Palabras y definiciones clave de este manual

Herramientas Just Plain Clear®

UnitedHealthcare Community Plan ofrece una herramienta en línea para brindar conocimientos sobre la salud, llamada herramienta Just Plain Clear®. Esta herramienta incluye un glosario de términos médicos y de seguros de uso común, en un lenguaje fácil de entender, lo cual le ayudará a tomar decisiones informadas. La herramienta está disponible en inglés, español y portugués. Para acceder a la herramienta, visite <https://www.justplainclear.com/en>.

Servicios de Tratamiento de Adicciones y Recuperación (ARTS): Un beneficio de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias para miembros con adicciones. Los miembros pueden acceder a una serie integral de servicios de tratamiento de adicciones, como servicios para pacientes hospitalizados, servicios de tratamiento residencial, hospitalización parcial, tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios, tratamiento asistido con medicamentos (Medication Assisted Treatment, MAT), servicios por consumo de sustancias y opioides, y servicios de apoyo de pares para la recuperación.

Determinación de Beneficios Adversa: Cualquier decisión que tome el plan de salud de rechazar un servicio o una solicitud de autorización de servicio para un miembro. Esto incluye una aprobación de un importe de servicio menor que el solicitado.

Apelación: Una solicitud de una persona (o de una persona de confianza que actúe en su nombre) para que el plan de salud vuelva a revisar una solicitud de servicio y considere cambiar una determinación de beneficios adversa que haya tomado el plan de salud con respecto a la cobertura de salud o los servicios cubiertos.

Representante Autorizado: Una persona que puede tomar decisiones y actuar en nombre de un miembro. Los miembros pueden seleccionar a un familiar, tutor o amigo de confianza para que sea su representante autorizado.

Medicamento de Marca: Medicamento fabricado y vendido por una sola empresa. En ocasiones, hay disponibles versiones genéricas de estos medicamentos con los mismos ingredientes, pero son fabricadas por otra empresa.

12. Palabras y definiciones clave de este manual

Línea de Ayuda para la Inscripción en la Atención Administrada de Cardinal Care:

Asistencia que proporciona una organización que tiene un contrato con el Departamento para ayudar a las personas con sus actividades de inscripción, así como a elegir un plan de salud. Los servicios de la Línea de Ayuda para la Inscripción en la Atención Administrada de Cardinal Care son gratuitos y pueden proporcionarse por teléfono o en línea.

Cardinal Care: El programa Medicaid/FAMIS de Virginia, que incluye los dos programas de atención administrada de Medicaid anteriores del estado, Medallion 4.0 y Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus), miembros de Medicaid de pago por servicio (FFS), FAMIS Children, FAMIS MOMS y cobertura prenatal de FAMIS.

Coordinación de Atención: Ayuda que el plan de salud les proporciona a los miembros para que comprendan qué servicios están disponibles y cómo obtener la atención de la salud o los servicios sociales que necesitan. La coordinación de la atención está disponible para todos los miembros, incluidos aquellos a quienes no se les ha asignado un administrador de atención y que no necesitan ni desean administración de la atención.

Administración de la Atención: Apoyo continuo proporcionado a los miembros con necesidades médicas y sociales significativas, y de otro tipo, por parte del administrador de atención del plan de salud. Los servicios de administración de la atención incluyen una revisión detallada de las necesidades de un miembro, el desarrollo de un plan de atención, la comunicación regular con un administrador de atención y el equipo de atención del miembro, y ayuda para obtener atención de la salud y transiciones de servicios sociales entre diferentes entornos de atención de la salud.

Administrador de Atención: Un profesional de la salud que trabaja para el plan de salud y que cuenta con experiencia especial en atención de la salud, el cual se asigna a ciertos miembros con necesidades más significativas y trabaja en colaboración con ellos. El administrador de atención trabaja con el miembro, los proveedores del miembro y sus familiares/cuidadores para comprender qué servicios sociales y de atención de la salud necesita, así como para ayudarlo a obtener los servicios que necesita y brindarle apoyo para que tome decisiones sobre su atención.

Plan de Atención: Un plan que desarrollan y actualizan con regularidad un miembro y su administrador de atención, en el cual se describe la atención de la salud y las necesidades sociales del miembro, los servicios que obtendrá para satisfacer sus necesidades, cómo obtendrá estos servicios, quién los proporcionará y, en algunos casos, con qué frecuencia.

12. Palabras y definiciones clave de este manual

Equipo de Atención: Un grupo de proveedores de atención médica, incluidos los médicos, el personal de enfermería y los asesores de un miembro, según lo que seleccione el miembro, que ayudan al miembro a obtener la atención que necesita. El miembro y sus cuidadores forman parte del Equipo de Atención.

Exención de CCC Plus: Un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) de Virginia que les brinda a los miembros que califican atención en el hogar y la comunidad, en lugar de un centro de enfermería.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): El organismo federal a cargo de los programas de Medicare y Medicaid.

Copago: Un importe fijo en dólares que un miembro puede tener que pagar por ciertos servicios. La mayoría de los miembros de Cardinal Care no tendrán que pagar copagos por los servicios cubiertos.

Cover Virginia: Centro de apoyo estatal de Virginia. Las personas pueden llamar al número gratuito 1-833-5CALLVA, TTY 1-888-221-1590 o visitar coverva.org/en para obtener información y solicitar un seguro de salud, renovar su cobertura, actualizar su información y hacer preguntas.

Beneficios Cubiertos: Servicios de atención de la salud y medicamentos recetados cubiertos por el plan de salud o el Departamento, incluidos los servicios de salud física necesarios desde el punto de vista médico, los servicios de salud conductual y los servicios LTSS.

Doulas: Una persona capacitada en la comunidad que brinda apoyo a los miembros y sus familias durante todo el embarazo, durante el trabajo de parto y el parto, y hasta un año después del parto.

Miembro con Doble Elegibilidad: Una persona que tiene Medicare y cobertura total de Medicaid.

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME): Equipos y aparatos médicos, como andadores, sillas de ruedas o camas de hospital, que los miembros pueden obtener y usar en su hogar cuando es necesario desde el punto de vista médico.

Servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT): Un beneficio requerido por el gobierno federal al que los miembros de Medicaid menores de 21 años tienen derecho. Los servicios EPSDT son servicios integrales para determinar la afección de un niño, tratarla y mejorarla o evitar que empeore. Los servicios EPSDT garantizan que los niños y jóvenes reciban los servicios preventivos, dentales, de salud mental, del desarrollo y especializados que necesitan.

¿Tiene preguntas? Visite uhccommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 81

12. Palabras y definiciones clave de este manual

Intervención Temprana (EI): Servicios para bebés menores de tres años cuyo aprendizaje o desarrollo no es igual al de otros bebés. Los servicios pueden incluir terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional, coordinación de servicios y servicios del desarrollo para apoyar el aprendizaje y el desarrollo.

Elegible: Cumplir con las condiciones o los requisitos de un programa.

Atención de Emergencia (o Servicios de Emergencia): Tratamiento o servicios que recibe una persona por una afección médica de emergencia.

Afección Médica de Emergencia: Cuando una enfermedad o lesión es tan grave que la salud, las funciones corporales, los órganos o las partes del cuerpo de una persona (o, según corresponda, del bebé en gestación) pueden estar en peligro si no se recibe atención médica de inmediato.

Transporte Médico de Emergencia: Transporte en ambulancia o vehículo de emergencia a una sala de emergencias para recibir atención médica. Los miembros pueden obtener transporte médico de emergencia llamando al **911**.

Atención en la Sala de Emergencias: Una sala de hospital con personal y equipo para el tratamiento de personas que requieren atención médica o servicios inmediatos.

Servicios Excluidos: Servicios que no están cubiertos por el plan de salud de Cardinal Care ni por el Departamento.

Plan Family Access to Medical Insurance Security (FAMIS) o FAMIS Children: Programa integral de seguro de salud administrado por el gobierno federal y estatal para niños sin seguro, desde el nacimiento hasta los 18 años de edad, que no son elegibles para Medicaid y cuyos ingresos son inferiores al 200% del nivel federal de pobreza.

FAMIS MOMS: Programa de seguro de salud administrado por el gobierno federal y estatal para personas embarazadas sin seguro, que cumplen con los requisitos de elegibilidad en cuanto a sus ingresos, al igual que los niños con FAMIS.

Atención Prenatal de FAMIS (FAMIS PC): Programa de seguro de salud administrado por el gobierno federal y estatal para personas embarazadas que no cumplen con los requisitos de elegibilidad para Medicaid o FAMIS MOMS debido a su ciudadanía o estado de inmigración. La cobertura comienza durante el embarazo y dura hasta dos meses después del nacimiento del bebé.

12. Palabras y definiciones clave de este manual

Fraude, malgasto y abuso: El fraude es un engaño o tergiversación intencional por parte de una persona que es consciente de que esta acción podría dar lugar a un beneficio no autorizado para sí misma o para otros. El malgasto es el uso excesivo, el uso insuficiente o el uso indebido de los recursos de Medicaid. El abuso es la práctica de causar costos innecesarios al programa de Medicaid o de pagar servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico o que no cumplen con ciertos estándares de atención de la salud, ya sea por parte del miembro o del proveedor.

Medicamento genérico: Un medicamento que el gobierno federal ha aprobado para su uso en lugar de un medicamento de marca porque tiene los mismos ingredientes y funciona de la misma manera.

Motivos de Causa Justa: Motivos aceptables para cambiar la cobertura de salud. Estos son algunos ejemplos de motivos de causa justa: (1) una persona se muda fuera del estado o (2) el plan de salud no puede proporcionar los servicios médicos requeridos.

Queja Formal (o Queja): Una queja escrita u oral que una persona presenta ante su plan de salud o ante una organización externa. Las quejas pueden ser inquietudes sobre la accesibilidad, la calidad de la atención, el servicio al cliente, los tiempos de espera y la privacidad.

Servicios y Dispositivos de Habilitación: Servicios y dispositivos que ayudan a las personas a mantener, aprender o mejorar habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

Evaluación de Salud: Una evaluación detallada que realiza el administrador de atención para ayudar a determinar el estado de salud, las necesidades sociales y otras necesidades, objetivos y preferencias de un miembro. La evaluación de salud ayuda a guiar el desarrollo del plan de atención para los miembros que reciben administración de la atención.

Seguro de Salud: Un tipo de cobertura de seguro que paga algunos o todos los costos de atención de la salud del miembro. Una empresa u organismo gubernamental establece las normas sobre cuándo y cuánto se debe pagar.

Plan de Salud (o Plan): Una organización de atención administrada de Medicaid/FAMIS de Cardinal Care que tiene contrato con un grupo de médicos, hospitales, farmacias, otros proveedores y administradores de atención. Todos trabajan en colaboración para que los miembros reciban la atención y la coordinación de la atención que necesitan.

12. Palabras y definiciones clave de este manual

Evaluación de Salud: Una evaluación que el plan de salud administra a todos los miembros para ayudar a determinar si el miembro se beneficiaría de la administración de la atención. A través de la evaluación, se les pregunta a los miembros sobre sus necesidades de salud, sus necesidades sociales, sus afecciones médicas, su capacidad para realizar las tareas cotidianas y sus condiciones de vida.

Asistencia Médica en su Domicilio: Servicios a corto plazo proporcionados a los miembros de Medicaid para brindarles apoyo con el cuidado personal. El asistente de salud a domicilio no tiene una licencia de enfermería ni presta servicios de terapia.

Atención de la Salud en el Hogar: Servicios de atención de la salud que un miembro recibe en su hogar, incluida la atención médica de enfermería, los servicios del asistente de salud a domicilio, la fisioterapia y la terapia ocupacional, y otros servicios.

Servicios para Pacientes Terminales: Atención para brindar comodidad y apoyo a los miembros (y sus familias) con un pronóstico terminal, lo cual significa que se considera que la persona tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Un miembro que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir permanecer en un entorno de cuidados paliativos. En un entorno de cuidados paliativos, un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores brinda atención integral a la persona, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

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

Hospitalización: Cuando una persona es admitida en un hospital como paciente para recibir atención. Esto también se conoce como atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.

Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS): Servicios y apoyos que ayudan a las personas mayores y a los niños o adultos con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias y a conservar su independencia. Algunos ejemplos incluyen asistencia para bañarse, vestirse, comer y realizar otras actividades básicas de la vida diaria y de autocuidado, así como apoyo para las actividades cotidianas, como lavar la ropa, hacer las compras y transportarse. Los miembros pueden obtener LTSS en el entorno más conveniente para ellos: su hogar, la comunidad o un centro de enfermería.

Cargo por Servicio (FFS) de Medicaid o FAMIS: La forma en que el Departamento paga a los proveedores por los servicios de Medicaid o FAMIS. Los miembros de Cardinal Care que no están inscritos en la atención administrada están inscritos en el FFS.

12. Palabras y definiciones clave de este manual

Atención Administrada de Medicaid/FAMIS: Cuando el Departamento contrata un plan de salud para proporcionar beneficios de Medicaid/FAMIS a los miembros.

Medicaid: Un programa de seguro de salud administrado por el gobierno federal y estatal que proporciona cobertura y atención médica gratuita o de bajo costo a personas de bajos ingresos. En Virginia, Medicaid se denomina “Cardinal Care”.

Necesario desde el Punto de Vista Médico: Servicios, suministros o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o sus síntomas. “Necesario desde el punto de vista médico” también significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica o que sean necesarios en virtud de las reglas de cobertura actuales de Medicaid de Virginia.

Medicare: El programa federal de seguro médico para personas de 65 años de edad o más, algunas personas de menos de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen insuficiencia renal terminal (generalmente aquellas que padecen insuficiencia renal permanente y requieren diálisis o trasplante de riñón) o esclerosis lateral amiotrófica (Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS).

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la mayoría de los hospitales, centros de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y cuidados paliativos necesarios desde el punto de vista médico.

Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al proveedor) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son necesarios desde el punto de vista médico para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C de Medicare: El programa de Medicare que permite a las empresas de seguro médico privadas proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

Parte D de Medicare: El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. La Parte D de Medicare cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no cubre la Parte A ni la Parte B de Medicare o Medicaid.

Servicios Cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

¿Tiene preguntas? Visite uhccommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 85

12. Palabras y definiciones clave de este manual

Servicios para Miembros: Departamento dentro del plan de salud que se ocupa de responder a sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Red: Grupo de médicos, clínicas, hospitales, farmacias y otros profesionales que tienen un contrato con su plan de salud para proporcionar atención a los miembros.

Proveedor de la Red (o Proveedor Participante): Un proveedor o centro que tiene contrato con el plan de salud para proporcionar servicios de atención de la salud cubiertos a los miembros.

Farmacia de la Red: Farmacia que ha acordado surtir recetas para los miembros del plan de salud. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados solo están cubiertos si se surten en una de las farmacias de la red del plan de salud.

Centro de enfermería: Centro de atención médica que proporciona servicios a personas que no pueden recibir atención médica en su hogar, pero que no necesitan estar en el hospital. Los miembros deben cumplir criterios específicos para residir en un centro de enfermería.

Proveedor Fuera de la Red (o Proveedor No Participante): Proveedor o centro que no está contratado por nuestro plan de salud, ni es de propiedad de nuestro plan de salud u operado por este, y que no tiene contrato para proporcionar servicios de atención de la salud cubiertos a los miembros.

Pago del Paciente: El importe que un miembro puede tener que pagar por los servicios LTSS en función de sus ingresos. El DSS local calcula el importe de pago del paciente si reside en un centro de enfermería o recibe servicios de exención de CCC Plus y tiene la obligación de pagar una parte de la atención.

Servicios de Atención Personal: Servicios que proporciona un asistente de atención personal, los cuales ayudan a los miembros con su cuidado personal (bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar ejercicios) de forma continua o a largo plazo.

Prima: El importe mensual que un miembro puede tener que pagar por su seguro de salud todos los meses. Los miembros de la atención administrada de Cardinal Care Medicaid no deben pagar ninguna prima por la cobertura. Si un miembro está inscrito en un plan de salud, pero no califica para la cobertura porque la información que presentó ante el Departamento o el plan de salud era falsa o porque no informó sobre un cambio, es posible que el miembro deba devolverle al Departamento el costo de las primas mensuales. El miembro deberá pagarle al Departamento, incluso si no recibió servicios durante esos meses.

12. Palabras y definiciones clave de este manual

Cobertura de Medicamentos Recetados (o Medicamentos Cubiertos):

Medicamentos recetados cubiertos (pagados) por el plan de salud. El plan de salud también cubre muchos medicamentos de venta libre.

Medicamentos recetados: Medicamentos que, en virtud de la ley, los miembros solo pueden obtener si cuentan con una receta emitida por un proveedor.

Proveedor de Atención Primaria (PCP) (o Médico de Atención Primaria): Un médico o enfermero practicante que atiende las necesidades de los miembros para ayudarles a estar y mantenerse saludables. Los PCP proporcionan y coordinan los servicios de atención de la salud.

Servicios de Enfermería Privada: Servicios de enfermería especializada en el hogar que un enfermero registrado (Registered Nurse, RN) con licencia o un enfermero práctico con licencia, bajo la supervisión de un RN, les proporciona a los miembros de la exención CCC Plus que tienen afecciones médicas graves o necesidades de atención de la salud complejas. Los niños y jóvenes menores de 21 años con Medicaid también pueden recibir servicios de enfermería privada en virtud del beneficio de EPSDT.

Prótesis y ortopedia: Dispositivos médicos solicitados por el proveedor de un miembro. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazo, espalda y cuello; prótesis; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función corporal interna.

Proveedor: Médicos, enfermeros practicantes, especialistas y otras personas que están autorizadas a proporcionar atención de la salud o servicios a los miembros. Muchos tipos de proveedores participan en la red de cada uno de los planes de salud.

Servicios del Proveedor (o Servicios del Médico): Atención médica proporcionada por una persona autorizada en virtud de la ley estatal de Virginia para ejercer la medicina, cirugía o salud conductual.

Referido: Aprobación de un PCP para usar otros proveedores de la red del plan de salud. Los miembros deben obtener un referido de un PCP antes de poder consultar a otros proveedores de la red.

Servicios y Dispositivos de Rehabilitación: Tratamiento para ayudar a las personas a recuperarse de una enfermedad, un accidente, una lesión o una operación importante.

12. Palabras y definiciones clave de este manual

Autorización de Servicio (o Preautorización): Aprobación que puede ser necesaria antes de que un miembro pueda obtener ciertos servicios, tratamientos o medicamentos recetados. Los proveedores solicitan autorizaciones de servicios al plan de salud para ayudar a garantizar que se les pague por los servicios que les brindan a los miembros.

Atención de Enfermería Especializada: Tratamiento o atención especializada que solo pueden proporcionar enfermeros con licencia. Algunos ejemplos de necesidades de enfermería especializada incluyen vendajes complejos para heridas, rehabilitación, alimentación por sonda o cambios rápidos en el estado de salud.

Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): Un centro con personal y equipos que proporciona atención de enfermería especializada, en la mayoría de los casos, así como servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Especialista: Un proveedor que tiene capacitación adicional sobre servicios en un área específica de la medicina, como un cirujano. La atención que los miembros reciben de un especialista se llama “atención especializada”.

Audiencia Imparcial Estatal: El proceso mediante el cual un miembro presenta una apelación ante el estado con respecto a una decisión que ha tomado el plan de salud. Las personas pueden presentar una apelación ante una audiencia imparcial estatal si el plan de salud no proporciona una respuesta ni una decisión con respecto a la apelación de una persona a tiempo, o si la persona no está de acuerdo con la decisión que tomó el plan con respecto a la apelación.

Atención de Urgencia: La atención que una persona recibe por una enfermedad o lesión que requiere atención médica urgente y podría convertirse en una emergencia.

Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

Por ley¹, debemos proteger la privacidad de su información de salud (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:

¿Tiene preguntas? Visite uhccommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

- **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, cancelaciones de inscripciones y un resumen de su información médica a su empleador. Podemos proporcionarle otra información médica si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para propósitos de suscripción.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información médica genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios para la salud.
- **Para Comunicaciones con Usted.** Podemos usar el número de teléfono o el correo electrónico que nos proporcionó para comunicarnos con usted sobre sus beneficios, atención de la salud o pagos.

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

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas que participan en su atención.** Puede ser un familiar en una emergencia. Esto podría suceder si usted no puede aceptar u objetar la atención. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información médica como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Esto podría realizarse para evitar el brote de enfermedades.

- **Para Reportar Víctimas de Abuso, Abandono o Violencia Doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información médica. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia autorizada por ley a recibir la información médica. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para Hacer Cumplir la Ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una emergencia o un desastre natural.
- **Para las Funciones del Gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para Indemnización de los Trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para Investigación.** Para estudiar enfermedades o discapacidades.
- **Para Proporcionar Información acerca de Defunciones.** Puede ser para el médico forense o el inspector médico. Para identificar a un difunto, determinar la causa de fallecimiento, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información médica a los directivos de las funerarias.
- **Para Trasplantes de Órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las Instituciones Penitenciarias o de Aplicación de la Ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionarles atención de la salud; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para nuestros socios comerciales** en caso de que sea necesario para que le brinden sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información médica. No se les permite usar la información médica, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información de salud que se enumera a continuación. Cumpliremos leyes más estrictas que se apliquen.

Manual para miembros de Cardinal Care

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 tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Pedir comunicaciones de información confidencial** de una forma diferente o a un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla de correo (P.O. Box), en lugar de a su casa. Aceptaremos su solicitud según lo permitan las leyes estatales y federales. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerlo por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación.

- **Ver u obtener una copia** de cierta información médica. Deberá presentar la solicitud por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. Puede pedir que se envíe su registro a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si cree que la información médica sobre usted es errónea o está incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá presentar la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que se solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información médica.
- **Recibir un resumen** de la divulgación de su información médica durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá ninguna información médica compartida por los siguientes motivos: (i) para tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia en papel de este aviso.** Puede pedir una copia en papel en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web (www.uhcommunityplan.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
- **Período.** Responderemos a su solicitud telefónica o por escrito en un plazo de 30 días.
- **Para presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una queja a la dirección mencionada anteriormente.

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

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

Aviso de Privacidad de la Información Financiera

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

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

Información que recopilamos

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

Divulgación de la Información Financiera Personal

Solo compartiremos información financiera personal según lo permita la ley.

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

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

Confidencialidad y seguridad

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

Preguntas sobre este aviso

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

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



UnitedHealthcare Community Plan cumple con los requisitos fijados por las leyes Federales de los derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. En otras palabras, UnitedHealthcare Community Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

UnitedHealthcare Community Plan:

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

Si usted necesita estos servicios, por favor llame gratuitamente al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este, de lunes a viernes.

Si usted piensa que UnitedHealthcare Community Plan no le ha brindado estos servicios o le ha tratado a usted de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja por correo o correo electrónico a:

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

Usted también puede presentar una queja acerca de sus derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del sitio para quejas de la Oficina de Derechos Civiles en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** o por correo en:

Correo:

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

Teléfono:

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

Formularios para quejas se encuentran disponibles en

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

English

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call **1-844-752-9434, TTY 711.**

Spanish

ATENCIÓN: si habla **español (Spanish)**, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-844-752-9434, TTY 711.**

Korean

참고: **한국어(Korean)**를 하시는 경우, 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-844-752-9434, TTY 711** 로 전화하십시오.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói **Tiếng Việt (Vietnamese)**, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số **1-844-752-9434, TTY 711.**

Chinese

注意:如果您說**中文(Chinese)**，您可獲得免費語言協助服務。請致電 **1-844-752-9434**，或聽障專線(TTY)711。

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية (Arabic) ، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. اتصل بالرقم **1-844-752-9434** ، الهاتف النصي **711**.

Tagalog

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog (Tagalog), may magagamit kang mga serbisyo ng pantulong sa wika, nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-752-9434, TTY 711.

Persian (Farsi)

توجه: اگر به فارسی (Farsi) صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان در اختیارتان قرار می گیرد. با 1-844-752-9434 (TTY 711) تماس بگیرید.

Amharic

የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ (Amharic) ከሆነ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎት ከክፍያ ነጻ አለልዎት። ወደ 1-844-752-9434, TTY 711 ይደውሉ።

Urdu

توجه فرمائیں: اگر آپ کی زبان اردو (Urdu) ہے تو آپ کے لیے لسانی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ 1-844-752-9434 (TTY 711) پر کال کریں۔

French

ATTENTION: Si vous parlez français (French), vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuite. Appelez le 1-844-752-9434, TTY 711.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски (Russian), вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните по тел 1-844-752-9434, TTY 711.

Hindi

ध्यान दे: यदि आप **हिंदी (Hindi)** भाषा बोलते हैं तो भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। कॉल करें **1-844-752-9434**, TTY 711.

German

HINWEIS: Wenn Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Wählen Sie: **1-844-752-9434**, TTY 711.

Bengali

আপনি যদি **বাংলায় কথা (Bengali)** বলেন, তাহলে ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি, আপনার জন্য বিনামূল্যে উপলব্ধ আছে। **1-844-752-9434**, TTY 711 নম্বরে ফোন করুন।

Kru (Bassa)

TÒ ÌDÙŪ NÒ MÒ DYÍIN CÁO: À bédé gbo-kpá-kpá **bó wuḍu (Kru (Bassa))**-dù kò-kò po-nyò bě bìlì nṵ à gbo bó pídyi. M̄ dyi gbo-kpá-kpá m̄ ín, dá nò bà nià kẹ: **1-844-752-9434**, TTY 711.

Igbo

Ọ bụrụ na ị na asụ **Igbo (Igbo)**, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu dijiri gi. Kpọọ **1-844-752-9434**, TTY 711.

Yoruba

Tí ó bá ń s **Yorùbá (Yoruba)**, ìrànṣíwọ̀ ìtum èdè, wà fún ní ọ̀fẹ́. Pe **1-844-752-9434**, 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 **1-844-752-9434**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este, de lunes a viernes. También puede visitar nuestro sitio web, uhcommunityplan.com/Virginia.

UnitedHealthcare Community Plan
12018 Sunrise Valley Drive
Reston, VA 20191

**United
Healthcare
Community Plan**

¿Tiene preguntas? Visite uhcommunityplan.com/Virginia o llame a Servicios para Miembros al **1-844-752-9434**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 101

[Índice](#)

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

