



Idaho, junio de 2025



# Le damos la bienvenida a la comunidad

**Manual para miembros de Idaho Medicaid Plus**

Manual revisado en marzo de 2025

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

---

# Índice

Información importante . . . . .	<a href="#">6</a>
<b>Aspectos destacados del plan de salud . . . . .</b>	<b><a href="#">8</a></b>
Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan . . . . .	<a href="#">8</a>
Servicios para Miembros . . . . .	<a href="#">9</a>
Visite nuestro sitio web, <a href="http://uhc.com/communityplan/Idaho">uhc.com/communityplan/Idaho</a> . . . . .	<a href="#">10</a>
Visite <a href="http://uhc.com/communityplan/Idaho">uhc.com/communityplan/Idaho</a> para obtener información personalizada . . . . .	<a href="#">10</a>
Equipo de tecnología web . . . . .	<a href="#">10</a>
Aplicación móvil UnitedHealthcare® . . . . .	<a href="#">11</a>
Coordinación de la atención . . . . .	<a href="#">11</a>
¿Qué es un coordinador de atención o un especialista en atención? . . . . .	<a href="#">11</a>
Cómo comunicarse con su coordinador de atención . . . . .	<a href="#">11</a>
Atención de urgencia y fuera del horario regular . . . . .	<a href="#">12</a>
Servicios para casos de crisis de salud conductual . . . . .	<a href="#">13</a>
Servicios de idioma y culturales . . . . .	<a href="#">14</a>
Cómo funciona la atención administrada . . . . .	<a href="#">17</a>
Tarjeta de identificación . . . . .	<a href="#">18</a>
Derechos de los miembros . . . . .	<a href="#">19</a>
Responsabilidades de los miembros . . . . .	<a href="#">21</a>
Mudanzas fuera del condado, estado o país . . . . .	<a href="#">22</a>
Cambios en la información . . . . .	<a href="#">23</a>
Cómo cambiar de plan . . . . .	<a href="#">23</a>
Transición de la atención si cambia de plan . . . . .	<a href="#">24</a>
Planificación del tratamiento . . . . .	<a href="#">24</a>

---

Atención de emergencia .....	<a href="#">25</a>
Servicios hospitalarios que no son de emergencia .....	<a href="#">26</a>
Transporte de emergencia .....	<a href="#">27</a>
Transporte que no sea de emergencia .....	<a href="#">27</a>
<b>Beneficios y servicios .....</b>	<b><a href="#">28</a></b>
Servicios de atención de la salud cubiertos .....	<a href="#">28</a>
Tabla de beneficios de los servicios de exención para personas mayores y discapacitadas de Idaho Medicaid .....	<a href="#">33</a>
Visitas a especialistas u otros proveedores .....	<a href="#">41</a>
Cómo acceder a los servicios .....	<a href="#">41</a>
Médicos de cabecera (PCP) .....	<a href="#">43</a>
¿Cómo programo una cita? .....	<a href="#">43</a>
¿Cómo puedo participar en mi atención de la salud? .....	<a href="#">43</a>
Servicios proporcionados a través del programa Medicaid del estado de Idaho .....	<a href="#">44</a>
Cómo conseguir sus recetas (medicamentos) .....	<a href="#">44</a>
Servicios de salud conductual .....	<a href="#">45</a>
Consejo de Miembros .....	<a href="#">45</a>
Política y procedimientos de administración de utilización .....	<a href="#">46</a>
Proceso de autorización previa .....	<a href="#">47</a>

---

**Otros detalles del plan. . . . .** **[48](#)**

    Libertad de elección. . . . . [48](#)

    ¿Puede un proveedor facturarme servicios?. . . . . [48](#)

    Medicare u otro seguro . . . . . [49](#)

    Inquietudes sobre la calidad de la atención . . . . . [50](#)

    Quejas formales (reclamos) y apelaciones de los miembros. . . . . [50](#)

    Apelaciones de los miembros. . . . . [53](#)

    Su derecho de una directiva anticipada. . . . . [57](#)

    Fraude, malgasto y abuso . . . . . [59](#)

    Definiciones de atención administrada . . . . . [61](#)

    Avisos del plan de salud sobre prácticas de privacidad. . . . . [67](#)

## **Información importante**

**Servicios para Miembros** ..... **1-866-785-1628, TTY/TDD 711**

De 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora de la montaña, de lunes a viernes, excepto los días festivos estatales

Fuera del horario regular ..... **1-866-785-1628**

### **Atención de urgencia o emergencia:**

Si necesita atención de urgencia, su médico de cabecera (Primary Care Physician, PCP) deberá atenderle en un plazo de 48 horas. Si necesita atención de emergencia, su PCP deberá atenderle ese mismo día. En caso de emergencias con riesgo de vida, llame al **911** o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

### **Sitios web:**

[uhc.com/communityplan/Idaho](http://uhc.com/communityplan/Idaho)

Este es el sitio para miembros del plan Idaho Medicaid Plus. Visite este sitio si tiene Idaho Medicaid Plus.

<https://healthandwelfare.idaho.gov/services-programs/medicaid-health/medicaidmedicare-participants>

Página de participantes de Medicaid/Medicare del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (Idaho Department of Health and Welfare, IDHW). En este sitio web, se explican los beneficios gratuitos o de bajo costo para los participantes de Medicaid/Medicare en Idaho.

## **Sus proveedores de atención médica**

Asegúrese de completar los espacios en blanco para poder tener estos números listos.

Mi número de identificación de Idaho Medicaid Plus es: \_\_\_\_\_  
(figura en su tarjeta de identificación de miembro)

El nombre de mi coordinador de atención es: \_\_\_\_\_

El número de teléfono de mi coordinador de atención es: \_\_\_\_\_

El nombre de mi PCP es: \_\_\_\_\_

El número de teléfono de mi PCP es: \_\_\_\_\_

La dirección de mi PCP es: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

Proveedores de atención médica conductual: \_\_\_\_\_

6 **¿Tiene preguntas?** Visite [uhc.com/communityplan/Idaho](http://uhc.com/communityplan/Idaho) o llame a Servicios para Miembros al **1-866-785-1628, TTY 711.**

## Manual para miembros de Idaho Medicaid Plus

---

**Los números de mi transporte que no sea de emergencia son:**

**Línea de reservas de MTM..... 1-877-503-1261, TTY 711**

(Llame a este número para solicitar un traslado).

También puede usar el portal web MTM Link para reservar traslados en cualquier momento.

<https://www.mtm-inc.net/idaho/> Debe programar su viaje al menos dos días hábiles antes de su cita, a menos que el traslado sea urgente o le hayan dado el alta hospitalaria. Los traslados se programan las 24 horas del día, los siete días de la semana.

**Coordinador de atención.....1-866-785-1628, TTY 711**

Su coordinador de atención le ayuda a organizar los servicios que necesita y le asiste con cualquier necesidad relacionada con salud conductual, atención médica o servicios sociales. Si no tiene el nombre o número de teléfono de su coordinador de atención, comuníquese con Servicios para Miembros.

**Administración médica/autorización previa.....1-866-785-1628, TTY 711**

Es posible que los proveedores deban obtener la aprobación antes de prestar un servicio. Si tiene preguntas sobre este proceso o la autorización, comuníquese con su coordinador de atención o con Servicios para Miembros.

**Línea de enfermería NurseLine ..... 1-855-873-2377, TTY 711**

Obtenga asesoramiento de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana de parte del personal de enfermería (número gratuito).

**Los problemas urgentes generalmente requieren atención en un plazo de 24 horas.** Si no está seguro de si un problema sea urgente, llame a su médico o a una clínica de atención de urgencia. También puede llamar a nuestra Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas al **1-855-873-2377**. Para encontrar un centro de atención de urgencia, llame a Servicios para Miembros al **1-866-785-1628** o visite [uhc.com/communityplan/idaho/faq](http://uhc.com/communityplan/idaho/faq).

## Actualizaciones del Manual para miembros

Los miembros reciben un aviso de cualquier cambio significativo, según lo define el estado de Idaho, en la información del Manual para miembros al menos 30 días antes de la fecha en que se prevé que el cambio entrará en vigencia.

# Aspectos destacados del plan de salud

---

## Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan

Nos complace tenerle como miembro. Esperamos poder satisfacer sus necesidades de atención de la salud. UnitedHealthcare Idaho Medicaid Plus es una organización de atención administrada. Eso significa que todos los servicios y la atención de IMPlus que reciben los miembros deben ser solicitados y brindados por un médico o proveedor de atención médica registrado de Idaho Medicaid Plus. Este Manual para miembros le ayudará a encontrar servicios, comprender cómo funciona la atención administrada y obtener recursos valiosos.

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho se ha asociado con UnitedHealthcare Community Plan para administrar el programa Idaho Medicaid Plus (IMPlus), que cubre la mayoría de los servicios de Medicaid y ofrece a los miembros un especialista en atención llamado “coordinador de atención”. El coordinador de atención actúa como único punto de contacto para ayudar a los participantes a administrar sus servicios de Medicaid.

El programa Idaho Medicaid Plus (IMPlus) está diseñado para participantes con elegibilidad doble que tienen 21 años o más y están inscritos tanto en Medicare (Partes A, B y D) como en Enhanced Medicaid.

El programa IMPlus es obligatorio en los siguientes condados si usted no está inscrito en el plan coordinado de Medicare-Medicaid (Medicare-Medicaid Coordinated Plan, MMCP): Ada, Adams, Bannock, Benewah, Bingham, Blaine, Boise, Bonner, Bonneville, Boundary, Canyon, Cassia, Clark, Clearwater, Elmore, Freemont, Gem, Gooding, Idaho, Jefferson, Jerome, Kootenai, Latah, Lincoln, Madison, Minidoka, Nez Perce, Owyhee, Payette, Power, Shoshone, Twin Falls, Valley y Washington.

IMPlus cubre todos los beneficios de Medicaid que son médicamente necesarios:

- Costos del hospital después del pago de Medicare
- Costos de atención médica después del pago de Medicare
- Salud conductual, incluidos los servicios de rehabilitación comunitarios
- Hogar para ancianos después del pago de Medicare
- Exención para personas mayores y discapacitadas
- Servicios de cuidado personal

- Atención de un especialista

## Servicios para Miembros

Servicios para Miembros está aquí para ayudarle con cualquier pregunta.

Puede hacer lo siguiente:

- Responder preguntas sobre sus beneficios para la salud física y conductual
- Ayudarle a resolver un problema o una inquietud que pueda tener con su médico o cualquier parte de su plan de salud
- Ayudarle a encontrar un médico, un dentista, servicios de salud conductual u otros servicios
- Brindarle información acerca de nuestros médicos, sus antecedentes y los centros de atención de nuestra red
- Ayudarle si recibe una factura médica
- Informarle sobre los recursos comunitarios que tiene disponibles
- Ayudarle si habla otro idioma, tiene un impedimento visual, o necesita servicios de interpretación o servicios de lenguaje de señas
- Indicarle cómo comunicarse con su coordinador de atención
- Responder otras preguntas que pueda tener
- Proporcionarle una copia del Manual para miembros sin costo para usted

## Servicios para Miembros está aquí para ayudarle

Llame al **1-866-785-1628**, TTY **711**, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora de la montaña, de lunes a viernes, excepto los días festivos estatales.

Fuera del horario regular: ..... **1-866-785-1628**

### Cuando nos llama

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

- Número de identificación de miembro
- Dirección y número de teléfono actuales registrados en Idaho Medicaid Plus
- Fecha de nacimiento

**Línea de enfermería NurseLine** ..... **1-855-873-2377**, TTY/TDD **711**  
(disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

## Aspectos destacados del plan de salud

---

### Visite nuestro sitio web, [uhc.com/communityplan/Idaho](https://uhc.com/communityplan/Idaho)

Contiene recursos e información útil. Por ejemplo:

- Información acerca de UnitedHealthcare Community Plan
- Manual para miembros y boletín informativo para miembros
- Enlaces al sitio web del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho
- Cómo encontrar un médico, servicios de salud conductual u otros proveedores
- Cómo encontrar una farmacia
- Cómo encontrar un medicamento recetado
- Enlaces a información de salud
- Educación para miembros

### Visite [uhc.com/communityplan/Idaho](https://uhc.com/communityplan/Idaho) para obtener información personalizada

Puede hacer lo siguiente:

- Ver e imprimir su tarjeta de identificación de miembro
- Buscar un proveedor
- Administrar sus recetas
- Consultar sus beneficios
- Ver reclamaciones y visitas
- Consultar su Manual para miembros
- ¡Y mucho más!

### Equipo de tecnología web

Si tiene alguna pregunta técnica o sobre el sitio web, comuníquese con el equipo de tecnología web. Este se asegura de que usted tenga todo lo que necesita para aprovechar al máximo los servicios disponibles de UnitedHealthcare Community Plan.

Puede recibir asistencia con lo siguiente:

- Acceso a nuestro sitio web
- Navegación por nuestro sitio web
- Actualización de la configuración de su cuenta
- Resolución de problemas que pueda tener

El equipo de tecnología web tiene experiencia en ayudar a los miembros y está a su disposición. Para solicitar ayuda, llame al 1-877-542-9239, TTY 711, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.

### Aplicación móvil UnitedHealthcare®

Obtenga información desde cualquier lugar con la aplicación móvil UnitedHealthcare. Descargue la aplicación móvil UnitedHealthcare en su teléfono inteligente o tableta Apple® o Android® y vea qué fácil es buscar médicos cercanos, consultar el Manual para miembros, encontrar ayuda y apoyo en su comunidad o ver su tarjeta de identificación.



### Coordinación de la atención

#### ¿Qué es un coordinador de atención o un especialista en atención?

Un coordinador de atención, a veces denominado especialista en atención, es una persona que le ayuda a organizar y programar su atención.

Accederá a un coordinador de atención cuando se inscriba. Su coordinador de atención se comunicará con usted después de que se inscriba para hablar sobre sus necesidades de atención de la salud.

Su coordinador de atención no puede proporcionarle atención médica. Debe acudir a su médico o al personal de enfermería para obtenerla. Su coordinador de atención le ayudará a organizar los servicios y le derivará a ellos. Su coordinador de atención le ayudará con cualquier necesidad de salud conductual, atención médica servicios sociales. También le ayudará a desarrollar un plan de atención enfocado en sus preferencias y fortalezas para que pueda alcanzar sus objetivos personales; esto se denomina “fortalecimiento de miembros”.

Escriba el nombre y el número de teléfono de su coordinador de atención en el reverso de la portada de este manual.

#### Cómo comunicarse con su coordinador de atención

Su coordinador de atención le proporcionará su tarjeta de presentación. Revisará esta información con usted cada vez que le visite. Llame a su coordinador de atención si tiene alguna necesidad o pregunta entre las reuniones de planificación de atención. Si no tiene el número de teléfono de su coordinador de atención, llame al **1-866-785-1628**, TTY **711**.

El representante del Centro de Atención de Llamadas le ayudará a comunicarse con su coordinador de atención.

### Atención de urgencia y fuera del horario regular

Si se enferma o tiene un problema de salud repentino, pero no es una emergencia, llame a su PCP. Incluso si el consultorio está cerrado, un servicio de respuesta tomará su llamada. Informe al servicio de respuesta o al PCP cuál es el problema y escuche sus instrucciones. Es posible que le deriven a otro médico o que le indiquen que acuda a un centro de atención de urgencia que tenga un contrato con UnitedHealthcare Community Plan. Si necesita ayuda para encontrar un centro de atención de urgencia o no puede comunicarse con su PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-866-785-1628**, TTY **711**, o visite el sitio web de UnitedHealthcare Community Plan, [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/communityplan), para encontrar el centro de atención de urgencia más cercano.

Si no está seguro de si sus síntomas ponen en riesgo su vida:

- Comuníquese con la Línea de enfermería NurseLine al 1-855-873-2377, TTY 711, disponible las 24 horas del día.
- Llame a su PCP.
- Llame a su coordinador de atención.

## Servicios para casos de crisis de salud conductual

### ¿Qué debo hacer si tengo una crisis de salud conductual?

Si tiene una crisis de salud conductual, es importante que obtenga ayuda de inmediato. Para obtener ayuda con una crisis de salud mental, llame o envíe un mensaje de texto al **988**. Recuerde que siempre debe llamar al **911** si se presenta una situación de emergencia médica, policial o de incendio.

### Líneas directas para casos de crisis:

#### Línea Nacional de Prevención del Suicidio y Crisis:

Teléfono o mensaje de texto ..... **988**  
Chat ..... <https://suicidepreventionlifeline.org/chat>  
En línea ..... <https://suicidepreventionlifeline.org>

#### Línea nacional de trastornos y consumo de sustancias:

Línea directa de referido y tratamiento ..... **1-800-662-HELP (4357)**  
Mensaje de texto ..... Envíe un mensaje de texto con la palabra “**HOME**” al **741741**

#### Línea para casos de crisis para veteranos/Beconnected:

Línea para casos de crisis para veteranos ..... **988, opción 1**

#### Línea Directa Nacional para la Salud Mental Materna | MCHB

Línea directa confidencial y sin costo para mujeres embarazadas y madres primerizas, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en inglés y en español. Hay servicios de interpretación disponibles en 60 idiomas (solo en los EE. UU.).

Llamada o mensaje de texto ..... **1-833-943-5746 (1-833-9-HELP4MOMS)**

Los usuarios de TTY pueden usar un servicio de retransmisión de su preferencia o marcar **711** y, luego, **1-833-943-5746**.

No es una línea de respuesta para emergencias.

# Servicios de idioma y culturales

A través de UnitedHealthcare Community Plan of Idaho, celebramos a las personas, las ideas y las experiencias al crear una cultura en la se aprecie y valore a todos los miembros, y en la que estos puedan contribuir con su máximo potencial.

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

Si necesita asistencia adicional para comunicarse, como ayudas auxiliares, comuníquese con su coordinador de atención o con Servicios para Miembros. Las ayudas auxiliares son servicios o dispositivos que ayudan a las personas con impedimentos sensoriales, manuales o del habla a tener la misma oportunidad de participar en el plan de salud.

Se pueden proporcionar ayudas auxiliares sin costo, como audios de lecturas de los materiales del plan para las personas con dificultades de la vista. UnitedHealthcare Community Plan of Idaho ofrece servicios de idiomas e interpretación en más de 240 idiomas.

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

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

Conforme a las disposiciones de los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990, el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, UnitedHealthcare Community Plan prohíbe la discriminación en admisiones, programas, servicios, actividades o empleos por cuestiones de raza, color, religión, sexo, nacionalidad, edad o discapacidad. UnitedHealthcare Community Plan debe

## Aspectos destacados del plan de salud

---

realizar adaptaciones razonables para permitir que una persona con discapacidades participe en un programa, un servicio o una actividad. UnitedHealthcare Community Plan proporcionará intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas y materiales impresos en letra grande.

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

Visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener una copia del Directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan sin costo para usted. El directorio incluye información sobre cómo nuestros proveedores pueden satisfacer sus necesidades culturales, lingüísticas o de accesibilidad. Los miembros con una enfermedad de alta gravedad o una utilización alta de servicios pueden obtener asistencia para navegar por la red de proveedores si llaman a Servicios para Miembros al **1-866-785-1628**.

Los miembros también pueden usar la función de búsqueda de proveedores en línea, la cual es una herramienta para encontrar un médico, hospital, otro proveedor de atención médica o un centro. La herramienta le permite buscar por categorías específicas. Los miembros pueden usar este enlace para acceder directamente a la función de búsqueda de proveedores: <https://www.uhc.com/communityplan/idaho>.

Los miembros pueden recibir una copia impresa del directorio de proveedores sin costo si se comunican con Servicios para Miembros al **1-866-785-1628**, TTY **711**.

## Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia de idiomas y formatos alternativos

### Aviso de disponibilidad de servicios de idiomas y formatos alternativos

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services and free communications in other formats, such as large print, are available to you. Please call the toll-free number on your member identification card.

Arabic: تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فتوجد هناك خدمات مساعدة لغوية مجاناً ورسائل مجانية بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بحروف كبيرة. يُرجى الاتصال بالرقم المجاني المدون على بطاقة تعريف العضو الخاصة بك.

Chinese: 注意: 如果您說中文, 免費語言協助服務和其他格式 (例如大字版) 的免費通訊可提供給您。請撥打會員身份識別卡上的免付費電話。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمکی زبان رایگان و مطالب رایگان در قالب‌های دیگر، مانند پرینت درشت، برای شما فراهم است. لطفاً با شماره رایگان درج شده در پشت کارت شناسایی اعضا تماس بگیرید.

French: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits et des communications gratuites dans d'autres formats, tels que du texte en gros caractères, sont à votre disposition. Veuillez composer le numéro gratuit figurant sur votre carte de membre.

German: HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste und kostenlose Mitteilungen in anderen Formaten, wie in Großdruck, zur Verfügung. Rufen Sie bitte die kostenfreie Nummer auf Ihrem Mitgliedsausweis an.

Japanese : 注意 : 日本語を話される場合は、無料の言語支援サービスや、大きな活字などの他の形式での無料コミュニケーションをご利用いただけます。会員IDカードに記載されているフリーダイヤル番号までお電話ください。

Korean: 참고: 귀하가 한국어를 구사하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스와 다른 형식의 무료 커뮤니케이션(예, 큰 활자체로 된 정보)을 이용하실 수 있습니다. 가입자 식별 카드에 기재된 무료 전화번호로 전화하십시오.

Nepali: ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, ठूलो अक्षर जस्ता अन्य ढाँचाहरूमा निःशुल्क भाषा सहायता सेवाहरू र निःशुल्क सञ्चार सेवाहरू तपाईंको लागि उपलब्ध छन्। कृपया तपाईंको सदस्यता परिचय कार्डमा भएको टोल-फ्री नम्बरमा फोन गर्नुहोस्।

Romanian: ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, aveți la dispoziție servicii de asistență lingvistică gratuită și opțiuni de comunicare gratuite într-un alt format, precum text cu caractere mari. Vă rugăm să sunați la numărul de telefon gratuit de pe legitimația dvs. de membru.

Russian: ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться помощью переводчика и информационными материалами в альтернативных форматах, например, крупным шрифтом. Позвоните по номеру телефона для бесплатных звонков, указанному на Вашей идентификационной карточке участника.

CSID25MD0273813\_000

16 ¿Tiene preguntas? Visite [uhc.com/communityplan/Idaho](http://uhc.com/communityplan/Idaho) o llame a Servicios para Miembros al 1-866-785-1628, TTY 711.

### Cómo funciona la atención administrada

UnitedHealthcare Community Plan es un plan de atención administrada. Esto significa que la atención que reciba en el programa Idaho Medicaid Plus (IMPlus) debe ser solicitada y brindada por un proveedor de atención médica que forme parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan of Idaho. Nuestros coordinadores de atención trabajarán con usted en un plan de atención. Para el coordinador de atención, uno de los primeros pasos es realizar una evaluación con usted. El coordinador de atención se comunicará con usted para programar una evaluación en persona y analizar sus necesidades de atención y servicios. Usted es responsable de trabajar con su médico, conocido como su PCP. Su médico de cabecera (PCP) es su médico o personal de enfermería practicante. Su PCP se elige a través de su proveedor de seguro primario de Medicare. Se encarga de su tratamiento médico y clínico. También puede referirle a un especialista. Trabaja con usted para administrar su atención. Hable con su PCP sobre todas sus necesidades de atención de la salud.

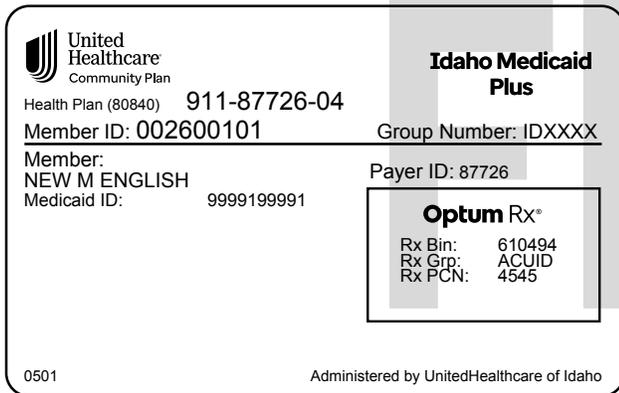
Es importante que tenga una comunicación honesta y directa con su PCP y que siga las indicaciones que le brinde. Su PCP podrá determinar los servicios que necesita para mantenerse saludable.

## Aspectos destacados del plan de salud

# Tarjeta de identificación

Cuando se inscriba en nuestro plan, recibirá una tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. Su tarjeta de identificación es su “llave” para obtener servicios de atención de la salud, incluidos servicios de salud conductual. Esta indica su número de identificación, su nombre y demás información importante. Su tarjeta de identificación le identifica como miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

Cuando reciba su tarjeta, verifíquela detenidamente. Llame inmediatamente a Servicios para Miembros si algún dato en su tarjeta es incorrecto. Para comunicarse con Servicios para Miembros, llame al **1-866-785-1628**, TTY **711**.



Frente



Dorso

### Consejos rápidos

- Su tarjeta de identificación es para que la use únicamente usted. No deje que otros la usen.
- Llévela en todo momento y guárdela en un lugar seguro.
- No pierda su tarjeta ni la arroje a la basura.
- Necesitará su tarjeta en el momento de obtener atención médica o cuando retire medicamentos de la farmacia.
- El uso indebido del número de identificación médica, como el préstamo o la venta de la tarjeta o la información incluida en ella, es ilegal.
- El uso indebido de su tarjeta o número de identificación médica puede dar lugar a acciones legales y puede ocasionar la pérdida de su elegibilidad, beneficios y servicios de atención de la salud de Idaho Medicaid Plus.

# Derechos de los miembros

### Como miembro, tiene los siguientes derechos:

- Recibir tratamiento con respeto y consideración por su dignidad y privacidad.
- Participar en decisiones relacionadas con su atención de la salud, incluido el derecho de rehusarse a recibir tratamiento.
- Presentar una queja formal (reclamo) o una apelación con respecto a su plan de salud. Tiene derecho a que alguien le represente durante su queja formal o apelación. Tiene derecho a solicitar ayuda a UnitedHealthcare al presentar su apelación o queja formal.
- Solicitar información sobre la estructura y el funcionamiento del plan de salud o sus subcontratistas y cómo hacer recomendaciones.
- Recibir un trato justo, independientemente de su raza, color, origen étnico, nacionalidad, religión, género, edad, sexo, afección médica conductual (intelectual) o discapacidad física, identidad de género, información genética o capacidad de pago.
- Ser examinado con privacidad.
- Hablar sobre su atención médica en privado.
- Permitir que solo personas involucradas en su atención o con su permiso específico lean sus registros médicos.
- Mantener la privacidad de los registros sobre su atención, incluida su participación en Idaho Medicaid Plus.
- Saber que, en ocasiones, el plan de salud puede coordinar la atención con agencias estatales, según lo permitido.
- Solicitar una segunda opinión a un profesional de atención médica calificado perteneciente a la red de UnitedHealthcare Community Plan sin costo para usted. Se puede obtener una segunda opinión de un proveedor fuera de la red, sin costo para usted, si no hay cobertura dentro de la red.
- Obtener información de su médico sobre su diagnóstico, atención y posibles resultados.
- Obtener información sobre las opciones de tratamiento, incluidas alternativas, y cualquier información que el miembro necesite para tomar una decisión, independientemente del costo o la cobertura de beneficios, en un formato que pueda comprender o que su coordinador de atención le explicará.
- Desarrollar una planificación de contingencia con su agencia proveedora para determinar sus preferencias en los casos en que una visita programada del cuidador se atrase, cancele o acorte.
- Recibir información sobre cómo establecer directivas anticipadas.

## Aspectos destacados del plan de salud

---

- Solicitar sus registros médicos anualmente y sin costo para usted, según lo permita la ley, y recibir una respuesta en un plazo de 30 días después de su solicitud para obtener una copia de los registros médicos. La respuesta puede ser la copia de los registros médicos o una denegación por escrito que incluya el fundamento de la denegación e información sobre cómo solicitar la revisión de la denegación, de acuerdo con el Título 45, Parte 164, del Código de Regulaciones Federales.
- Inspeccionar sus registros médicos.
- Solicitar que se modifiquen o corrijan sus registros médicos, según lo permita la ley.
- Permanecer libre de restricción o aislamiento como coerción, disciplina, conveniencia o represalia según la ley federal.
- Recibir información acerca de sus beneficios y el plan de salud, sus profesionales de la salud y proveedores, y los derechos y responsabilidades del miembro.
- Recibir información sobre el beneficiario o la información del plan.
- Conocer los idiomas que habla cada médico contratado por UnitedHealthcare Community Plan.
- Obtener una lista de nuestros proveedores sin cargo que muestre qué idiomas hablan los médicos. Llame a Servicios para Miembros al **1-866-785-1628**, TTY **711**, o a su coordinador de atención para obtener una lista.
- Ir a cualquier hospital u otro centro para recibir atención de emergencia.
- Recibir un aviso si el PCP asignado o el proveedor que visita con frecuencia abandona la red.
- Efectuar recomendaciones acerca de la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.
- Integrarse en sus comunidades y tener acceso total a los beneficios de la vida comunitaria, si es una persona que recibe servicios basados en el hogar y la comunidad.
- Solicitar información sobre si UnitedHealthcare Community Plan tiene o no planes de incentivos para médicos (Physician Incentive Plan, PIP) que afecten el uso de servicios de referido, conocer los tipos de acuerdos de compensación que utiliza UnitedHealthcare Community Plan, saber si se requiere un seguro de exceso y obtener un resumen de los resultados de las encuestas para miembros, de acuerdo con las regulaciones.
- Acceder a servicios de planificación familiar, centros de salud calificados a nivel federal, centros de salud para indígenas, servicios para enfermedades de transmisión sexual y servicios de emergencia fuera de la red de UnitedHealthcare, de acuerdo con las leyes federales. No necesita obtener antes la aprobación de UnitedHealthcare.

# Responsabilidades de los miembros

## Usted tiene las siguientes responsabilidades:

### Utilizar los servicios

- Formular preguntas si no entiende sus derechos o el plan de tratamiento
- Asistir a sus citas
- Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir
- Comunicarse primero con su PCP si tiene necesidades médicas que no sean de emergencia
- Comprender cuándo debe y no debe ir a una sala de emergencias
- Saber a quién llamar si necesita un traslado al médico u otro servicio cubierto
- Tratar con respeto y dignidad a los proveedores y al personal del plan de salud
- Estar a cargo de su reunión de planificación
- Invitar a cualquier persona que desee que asista a sus reuniones de planificación
- Determinar las metas en las que quiere trabajar y qué incluye su plan
- Programar su reunión de planificación centrada en la persona en un horario y lugar conveniente para las personas que desea que asistan
- Seguir las instrucciones y el plan de tratamiento de su médico para la atención que haya acordado e informar a su médico si sus explicaciones no son claras
- Aceptar los servicios que desea en función de las opciones que puede recibir
- Elegir un proveedor disponible para recibir servicios
- Estar al tanto de que puede necesitar ayuda de su tutor, familia o amigos para que tomen buenas decisiones

### Proporcionar información

- Informar a su PCP y su coordinador de atención sobre su salud y cualquier cambio que presente
- Proporcionar la información que su plan, los profesionales o los familiares necesiten para brindarle atención
- Informar a Servicios para Miembros o a su coordinador de atención sobre los cambios en su seguro de Medicare, Medicare HMO o privado, lo que incluye agregar o finalizar otro seguro
- Hablar con sus proveedores y su coordinador de atención sobre su atención de la salud, y hacer preguntas sobre las formas de tratar sus problemas de salud
- Notificar a su coordinador de atención y al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho si cambia la composición de su familia, se muda o se modifican sus ingresos

## Aspectos destacados del plan de salud

---

### “Vidas más saludables. Una mejor salud”

- Trabajar en equipo con su PCP y su coordinador de atención para decidir cuál es la mejor atención para usted
- Comprender cómo lo que hace puede afectar su salud
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento establecidos de mutuo acuerdo
- Hacer su mejor esfuerzo para mantenerse saludable
- Tratar a los proveedores y al personal con respeto, lo que incluye abstenerse de hacer comentarios despectivos, propinar insultos raciales o étnicos y usar lenguaje vulgar hacia proveedores, cuidadores o coordinadores de atención, lo cual no es aceptable

### No le solicite a su coordinador de atención que haga lo siguiente:

- Proporcionar atención directa
- Trasladar cualquiera de sus pertenencias
- Transportarle en su automóvil
- Prestarle dinero
- Firmar formularios o documentación por usted

En presencia de su coordinador de atención, no puede consumir drogas ni alcohol, mostrar armas de fuego, hacer insinuaciones sexuales ni desvestirse.

## Mudanzas fuera del condado, estado o país

Llame a su coordinador de atención antes de mudarse a otro condado, estado o país. Si se muda a un condado donde UnitedHealthcare Idaho Medicaid Plus NO brinda servicios, deberá cambiar su plan de salud. Debe comunicar su cambio al coordinador de atención por escrito o verbalmente. UnitedHealthcare Community Plan enviará la solicitud al nuevo plan de salud en esa área.

Si se muda fuera del estado o país, debe firmar un formulario de cancelación de inscripción. Los servicios no están disponibles fuera de los Estados Unidos. En este formulario, se indica que ya no será miembro del programa Idaho Medicaid Plus ni de UnitedHealthcare Community Plan. Para obtener más información, comuníquese con su coordinador de atención.

### Cambios en la información

Los cambios que debe informar a su administrador de casos incluyen los siguientes:

- Adopción
- Matrimonio
- Nacimiento
- Mudanza a un nuevo condado
- Fallecimiento
- Divorcio
- Mudanza a un nuevo estado
- Custodia
- Dirección
- Número de teléfono
- Cambios en el seguro
- Cambio en los ingresos

### Cómo cambiar de plan

Puede cambiar su selección de plan de salud 90 días antes de su fecha de entrada en vigencia del programa y 90 días después de dicha fecha. Una vez que hayan pasado 90 días después de la fecha de entrada en vigencia, deberá esperar hasta la inscripción anual para cambiar de plan de salud. La inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.

Cada año, usted tiene la opción de cambiar de plan durante la inscripción anual. Esta es la fecha en que se inscribió ante el IDHW. El IDHW le enviará un aviso dos meses antes de la fecha en que pueda hacer el cambio. Si tuvo inquietudes con respecto a la prestación de atención de la salud, queremos ayudarle a resolver esos problemas; llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan. De lo contrario, si desea cambiar de plan de salud, siga las instrucciones de la carta que recibió del IDHW.

Puede solicitar cancelar el plan UnitedHealthcare Idaho Medicaid Plus durante el período de inscripción anual. En cualquier otro momento, el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará cuándo se procesará su solicitud de cancelación.

Para solicitar la cancelación de la inscripción, comuníquese con el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho al 1-833-814-8568, TTY 711, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.

Hasta que termine su membresía, usted seguirá siendo miembro de nuestro plan. Debería continuar usando las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas hasta que termine su membresía en nuestro plan. Si cancela su inscripción de UnitedHealthcare Idaho Medicaid Plus, su cobertura finalizará el último día del mes en que se canceló.

## Aspectos destacados del plan de salud

---

### Cancelación involuntaria de la inscripción:

Tendrá que abandonar UnitedHealthcare Idaho Medicaid Plus si ocurre lo siguiente:

- No permanece inscrito de manera continua en las Partes A y B de Medicare.
- Deja de ser elegible para Enhanced Medicaid.
- Se muda fuera del área de servicio.
- Le encarcelan.
- No es ciudadano de los Estados Unidos ni está legalmente presente en el país.

## Transición de la atención si cambia de plan

Si cambia de plan al pasar de un plan de pago por servicio (Fee For Service, FFS) a una Organización de Atención Administrada (Managed Care Organization, MCO), de una MCO a una MCO diferente o de una MCO a un plan FFS por cualquier motivo, su plan de salud actual y su nuevo plan de salud trabajarán en conjunto para asegurarse de que no tenga demoras en los servicios y de que cuente con acceso continuo a la atención de los servicios.

## Planificación del tratamiento

Un plan de tratamiento es un plan escrito de los servicios e intervenciones terapéuticas basado en una evaluación completa del estado de desarrollo y salud del miembro y de sus fortalezas y necesidades, que diseña y actualiza un equipo interdisciplinario de varias especialidades.

Un plan de servicio es una descripción escrita de todos los servicios de salud cubiertos y otros apoyos, que pueden incluir objetivos, servicios de apoyo familiar, coordinación de la atención y planes, para ayudar al miembro a lograr una mejor calidad de vida.

El coordinador de atención y el equipo de administración de casos evalúan, planifican, coordinan y monitorean opciones y servicios para satisfacer las necesidades de salud del miembro a través de la comunicación y los recursos disponibles, a fin de promover resultados de calidad y rentables. Incluye una revisión de las fortalezas y necesidades del miembro por parte del propio miembro, de un responsable de tomar decisiones sobre atención de la salud de la familia o de su representante designado junto con el coordinador de atención para que puedan tomar decisiones informadas. La administración de atención respeta las preferencias, los intereses, las necesidades, la cultura, el idioma y el sistema de creencias del miembro y del responsable de tomar decisiones sobre atención de la salud de la familia o representante designado. El administrador de atención se asegura de que el miembro y el responsable de tomar decisiones sobre atención de la salud de la familia o representante designado colaboren a lo largo del proceso de planificación del tratamiento y desarrollo del plan de atención. Se espera que esta colaboración dé como resultado un plan de servicio de mutuo acuerdo que satisfaga las necesidades médicas, funcionales, sociales y de salud conductual del miembro.

### Atención de emergencia

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

- Pérdida súbita de la sensibilidad o incapacidad de moverse
- Dolor en el pecho
- Dolor intenso en la zona del estómago
- Envenenamiento
- Accidente grave
- Falta grave de aire
- Quemaduras graves
- Heridas graves o hemorragias severas
- Daño en los ojos
- Espasmos o convulsiones intensos
- Fracturas óseas
- Ahogos o incapacidad de respirar
- Vómitos con sangre
- Fuerte sentimiento de que podría hacerse daño o hacerle daño a otra persona
- Desmayo o desvanecimiento sin razón alguna (no recobra el conocimiento)
- Peligro de muerte o de pérdida de una extremidad
- Pérdida del habla
- Agresión

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

Si tiene dudas de si su situación requiere tratamiento en una sala de emergencias o un centro de atención de urgencia, llame a su PCP o a la Línea de enfermería NurseLine al **1-855-873-2377**, TTY/TDD **711**. La Línea de enfermería NurseLine está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

## Aspectos destacados del plan de salud

---

Si acude a una sala de emergencias, muestre TODAS las tarjetas de identificación cuando llegue. Pida a alguien que llame a su proveedor de atención primaria (médico) o a su coordinador de atención al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación de miembro lo antes posible. Si necesita atención de seguimiento, su PCP se encargará. Debe consultar a su PCP en un plazo de 7 días después de abandonar el hospital.

Si recibe servicios de emergencia, pídale al hospital o al médico que le envíe los registros a su PCP. Llame a UnitedHealthcare Community Plan si recibe servicios de emergencia. Si acude a una sala de emergencias, informe al personal lo siguiente:

- Que está inscrito en Idaho Medicaid Plus
- Que su plan de salud es UnitedHealthcare Community Plan
- Que deben enviarle sus registros médicos a su PCP

Si usted no puede informar esto, pídale a un amigo o familiar que lo haga.

## Cuándo no se debe utilizar la sala de emergencias

La mayoría de las enfermedades no son emergencias y pueden tratarse en el consultorio de su médico. También puede recibir tratamiento en un centro de atención de urgencia. No debe acudir a una sala de emergencias si presenta alguno de estos problemas leves:

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

## Servicios hospitalarios que no son de emergencia

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

### Transporte de emergencia

El transporte y la atención de emergencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al 9-1-1 o a su número local de emergencia.

Tan pronto como pueda, llame a su PCP y a su coordinador de atención. Si no puede llamar, pídale a un amigo o a un familiar que lo haga. Si vive en un hogar para ancianos o un centro de residencia asistida, comuníquese al personal. El personal se encargará de coordinar el transporte y la atención de emergencia para usted.

### Transporte que no sea de emergencia

Si tiene una cita médica, pero no dispone de un automóvil, no puede conducir o no hay nadie disponible para llevarle, puede solicitar un traslado a MTM® llamando al 1-877-503-1261. Debe llamar al menos 48 horas antes de su cita.

Medical Transportation Management (MTM) es un programa de transporte médico que no es de emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) incluido en sus beneficios que ofrece traslados gratuitos a citas de atención de la salud que cubrimos. Estos beneficios están disponibles para usted todos los días de la semana.

Medical Transportation Management (MTM) Inc.

Llame a MTM al 1-877-503-1261,

TTY: 1-888-561-8747,

de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes, para programar el transporte.

# Beneficios y servicios

---

## Servicios de atención de la salud cubiertos

La siguiente tabla de beneficios es una lista general de los servicios que cubre el plan UnitedHealthcare Idaho Medicaid Plus.

Debido a que es miembro del plan Idaho Medicaid Plus, generalmente no paga nada por los servicios indicados aquí, siempre y cuando consulte a los proveedores de la red de UnitedHealthcare Idaho Medicaid Plus. El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que pague una participación en los costos para un centro de enfermería o servicios de exención cubiertos por su beneficio de Medicaid.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, si debe pagar una participación en los costos o cómo acceder a los servicios, llame a su coordinador de atención al **1-866-785-1628**, TTY **711**.

### Servicios que están cubiertos para usted

#### Servicios de administración de casos de salud conductual

Un amplio rango de tratamientos y servicios de salud conductual y para trastornos por consumo de sustancias.

#### Costo dentro de la red:

Copago de \$0 por administración de casos de salud conductual cubierta por Medicaid.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

No

---

### Servicios que están cubiertos para usted

#### **Coordinación de la atención**

Un coordinador de atención asignado como su contacto principal puede ayudarle con sus necesidades de salud, como las siguientes:

- Programación de citas médicas
- Ayuda para coordinar sus servicios de salud
- Búsqueda de proveedores y médicos que puedan ayudarle a mantenerse saludable
- Respuesta a sus preguntas de atención de la salud
- Conexión con recursos saludables en su comunidad

#### **Costo dentro de la red:**

Copago de \$0 por coordinación de la atención proporcionada por UnitedHealthcare Community Plan of Idaho Medicaid Plus.

#### **¿Se requiere una autorización previa?**

No

#### **Servicios comunitarios y ambulatorios de salud conductual**

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Planificación del tratamiento
- Psicoterapia (grupal y familiar)
- Terapia ocupacional
- Tratamiento de atención parcial
- Servicios de enfermería para salud conductual
- Pruebas de detección de drogas
- Apoyo de pares o apoyo familiar

#### **Costo dentro de la red:**

\$0 por los servicios comunitarios y ambulatorios de salud conductual cubiertos por Medicaid.

#### **¿Se requiere una autorización previa?**

Sí

## Beneficios y servicios

---

### Servicios que están cubiertos para usted

#### Equipo médico duradero y suministros relacionados

Los miembros pueden recibir ayuda con el transporte médico, el equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y las visitas domiciliarias, si es necesario.

#### Costo dentro de la red:

Copago de \$0 por equipo médico duradero cubierto por Medicaid.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

Se requiere una receta válida de su médico. Se requiere autorización previa para los artículos y alquileres que tengan un costo de \$1,000 o más.

#### Servicios de transporte médico de emergencia

Ayuda para llegar a sus citas médicas y regresar de ellas, cuando sea necesario y médicamente justificado. Esto incluye servicios de ambulancia médicamente necesarios cuando existe una afección de emergencia.

#### Costo dentro de la red:

Se le pedirá que pague una participación en los costos si su afección no requería transporte de emergencia.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

No

#### Servicios de planificación familiar

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Exámenes básicos de fertilidad
- Asesoramiento y educación sobre métodos anticonceptivos, salud sexual y planificación del embarazo
- Píldoras anticonceptivas, condones, diafragmas, dispositivos intrauterinos y otros anticonceptivos
- Anticonceptivos de emergencia
- Servicios de esterilización  
(**Limitación:** Solo disponible para personas de 21 años o más)

#### Costo dentro de la red:

Copago de \$0 por servicios de planificación familiar cubiertos por Medicaid.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

No

Se requiere una receta válida para artículos de venta libre.

### Servicios que están cubiertos para usted

#### **Servicios de atención a largo plazo: servicios en centros de enfermería**

Un servicio de enfermería supervisado que proporciona diariamente un centro de atención con licencia. El servicio puede ayudar con la atención de rehabilitación y las necesidades de la vida diaria.

#### **Costo dentro de la red:**

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará su participación en los costos, si corresponde.

#### **¿Se requiere una autorización previa?**

Sí

Los servicios de atención en centros de enfermería deben contar con autorización previa antes de que se realice el pago.

#### **Servicios de atención a largo plazo: servicios de cuidado personal**

Servicios enfocados en la atención médica para personas con necesidades físicas o funcionales especiales.

#### **Costo dentro de la red:**

Copago de \$0 por servicios de atención a largo plazo cubiertos por Medicaid.

#### **¿Se requiere una autorización previa?**

Sí

#### **Servicios específicos relacionados con el embarazo**

Servicios sociales individuales y familiares, visitas de enfermería especializada en maternidad, servicios de enfermería, servicios de nutrición, evaluación de riesgos y planificación de la atención por parte de proveedores calificados.

#### **Costo dentro de la red:**

Copago de \$0 por servicios de atención a largo plazo cubiertos por Medicaid.

#### **¿Se requiere una autorización previa?**

Sí

## Beneficios y servicios

---

### Servicios que están cubiertos para usted

#### **Administración de transición**

Ayuda a los miembros a salir exitosamente de un entorno institucional al completar una evaluación integral de sus necesidades, desarrollar las opciones de vivienda, conectarlos con servicios de transición, garantizarles ayuda con las tareas y más.

#### **Limitaciones:**

La administración de transición se limita a setenta y dos (72) horas por participante, por cada transición calificada.

#### **Costo dentro de la red:**

Copago de \$0 por servicios de atención a largo plazo cubiertos por Medicaid.

#### **¿Se requiere una autorización previa?**

Sí

## Tabla de beneficios de los servicios de exención para personas mayores y discapacitadas de Idaho Medicaid

Los siguientes beneficios están disponibles únicamente para los miembros que reciben servicios de exención para personas mayores y discapacitadas. No todos los participantes califican. Se requiere un aviso de decisión válido que autorice los servicios.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Idaho Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame a Servicios para Miembros al **1-800-289-7921**, TTY **711**, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes.

### Servicios que están cubiertos para usted

#### Servicios de salud diurnos para adultos

Se brinda servicio supervisado durante más de 4 horas por día de manera regular. Se proporciona fuera del hogar en un entorno comunitario e incluye actividades de la vida diaria.

#### Costo dentro de la red:

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará su participación en los costos, si corresponde. Los servicios de salud diurnos para adultos proporcionados en virtud de esta exención no incluirán pagos de habitación y comida.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

Sí

#### Servicios de atención residencial para adultos

Un rango de servicios que se prestan en un entorno similar al domiciliario, que incluye centros de atención residencial o de residencia asistida y hogares familiares certificados.

#### Limitaciones:

El pago no cubre el costo de habitación y comida.

#### Costo dentro de la red:

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará su participación en los costos, si corresponde.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

Sí

## Beneficios y servicios

---

### Servicios que están cubiertos para usted

#### Servicios de atención de un auxiliar

Servicios que ayudan con las tareas diarias y las necesidades de atención a largo plazo. Estos pueden incluir asistencia personal proporcionada por ayudantes sin licencia. Los servicios se adaptan a las capacidades y limitaciones individuales, independientemente de la edad o la afección médica. Un asistente de atención puede realizar las tareas por la persona o ayudarla a completarlas.

#### Limitaciones:

Las horas se determinan en función del Instrumento de Evaluación Uniforme (Uniform Assessment Instrument, UAI).

#### Costo dentro de la red:

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará su participación en los costos, si corresponde.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

Sí

#### Asistencia intermitente y actividades relacionadas con tareas domésticas

Servicios necesarios para mantener el uso funcional del hogar o proporcionar un entorno limpio, higiénico y seguro. A continuación, se presentan algunos ejemplos.

#### La asistencia intermitente puede incluir lo siguiente:

- Mantenimiento de jardín
- Reparaciones menores en el hogar
- Tareas domésticas pesadas
- Mantenimiento de aceras
- Eliminación de basura para ayudar al inscrito a permanecer en el hogar

#### Las actividades relacionadas con tareas domésticas pueden incluir lo siguiente:

- Limpiar ventanas
- Mover muebles pesados
- Quitar nieve para garantizar un acceso seguro dentro y fuera del hogar
- Cortar madera cuando sea la fuente principal de calor del inscrito
- Fijar alfombras y baldosas sueltas

#### Costo dentro de la red:

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará su participación en los costos, si corresponde.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

Sí

### Servicios que están cubiertos para usted

#### Servicios de compañía

Atención no médica y compañía para adultos con discapacidades funcionales. Estos servicios domiciliarios garantizan la seguridad y el bienestar de la persona cuando no pueda quedarse sola debido a problemas de salud. El cuidador puede ayudar con tareas como ir al baño, higienizarse, vestirse, hacer tareas domésticas livianas y llevar a cabo actividades diarias, pero su función principal es brindar compañía y estar disponible cuando se requiera.

#### Limitaciones:

Los servicios de compañía no están autorizados para los inscritos que residan en hogares familiares certificados (Certified Family Homes, FCH) o en centros de residencia asistida (Residential Assisted Living Facility, RALF).

#### Costo dentro de la red:

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará su participación en los costos, si corresponde.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

Sí

#### Servicios de consulta

Una agencia de asistencia personal consulta con un miembro o un familiar sobre cómo mejorar sus habilidades como empleador o administrador de su propia atención para que pueda alcanzar el máximo nivel posible de independencia y autosuficiencia.

#### Costo dentro de la red:

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará su participación en los costos, si corresponde.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

Sí

## Beneficios y servicios

---

### Servicios que están cubiertos para usted

#### Servicios de habilitación diurnos

Servicios que se brindan fuera del hogar para mejorar las habilidades de autoayuda, socialización y adaptación. Los servicios se coordinarán con los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o patología del habla y lenguaje que reciba el miembro. Los servicios normalmente se prestan durante más de 4 horas por día, un día a la semana, de manera regular.

#### Limitación:

Se limitan a treinta (30) horas por semana.

#### Costo dentro de la red:

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará su participación en los costos, si corresponde.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

Sí

#### Adaptaciones de accesibilidad ambiental

Estos servicios incluyen modificaciones menores en el hogar necesarias para mejorar la independencia del miembro en su casa. Sin estas adaptaciones, los miembros necesitarían internación o podrían representar un riesgo para su propia salud y seguridad.

#### Limitaciones:

Salvo que el IDHW autorice lo contrario, las modificaciones ambientales permanentes se limitan a un hogar que sea la residencia principal del inscrito y que sea propiedad suya o de un familiar no remunerado.

#### Costo dentro de la red:

Copago de \$0 por adaptaciones de accesibilidad ambiental cubiertas por Medicaid.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

Sí

### Servicios que están cubiertos para usted

#### Comidas de entrega a domicilio

Para promover una buena nutrición, se pueden entregar 1 o 2 comidas por día en los hogares alquilados o propios de los miembros que se encuentren solos durante gran parte del día, que no tengan un cuidador por períodos prolongados o que no puedan preparar una comida sin ayuda.

#### Limitaciones:

Se pueden proporcionar una (1) o dos (2) comidas por día a un miembro.

#### Costo dentro de la red:

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará su participación en los costos, si corresponde.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

Sí

#### Servicios domésticos

Los miembros pueden recibir ayuda con tareas como las siguientes:

- Lavandería
- Diligencias básicas
- Preparación de comidas
- Otras tareas domésticas habituales, en caso de que nadie más en el hogar pueda realizarlas

#### Costo dentro de la red:

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará su participación en los costos, si corresponde.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

Sí

## Beneficios y servicios

---

### Servicios que están cubiertos para usted

#### Servicios de transporte no médico

Este servicio permite a los miembros acceder a exenciones y a otros servicios y recursos comunitarios por razones no médicas.

**Costo dentro de la red:**

Copago de \$0 por transporte no médico cubierto por Medicaid.

**¿Se requiere una autorización previa?**

Sí. Se requiere un aviso de decisión válido que autorice los servicios.

Este beneficio está disponible únicamente para los miembros que reciban servicios de exención para personas mayores y discapacitadas.

#### Sistema de respuesta a emergencias personales

Para obtener ayuda en caso de emergencia, un dispositivo electrónico se conecta a un centro de respuesta que atienden profesionales capacitados. El dispositivo puede incluir un botón de ayuda portátil para casos de inmovilidad.

**Limitaciones:**

El servicio se limita a los miembros que cumplen estos requisitos:

- Residen en un hogar alquilado o propio, o viven con cuidadores no remunerados.
- Se encuentran solos durante gran parte del día.
- No cuentan con un cuidador durante períodos prolongados.
- Necesitarían de otro modo amplia supervisión regular.

**Costo dentro de la red:**

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará su participación en los costos, si corresponde.

**¿Se requiere una autorización previa?**

Sí

#### Servicios de habilitación residencial

Estos servicios y apoyos están diseñados para ayudar a los miembros a vivir de manera satisfactoria en sus propios hogares, junto a sus familias, o en hogares familiares certificados.

**Costo dentro de la red:**

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará su participación en los costos, si corresponde.

**¿Se requiere una autorización previa?**

Sí

### Servicios que están cubiertos para usted

#### Servicios de atención de relevo

Este servicio proporciona descansos por poco tiempo para cuidadores no remunerados. El cuidador o miembro tiene la responsabilidad de seleccionar, capacitar y orientar al proveedor. Cuando los miembros reciben servicios de atención de relevo, no pueden acceder a otros servicios que sean de la misma naturaleza.

#### Costo dentro de la red:

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará su participación en los costos, si corresponde.

Los servicios de atención de relevo no incluyen pagos por habitación y comida.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

Sí

#### Servicios de enfermería especializada

Incluye supervisión irregular o continua, capacitación o atención especializada.

#### Limitaciones:

La atención debe estar a cargo de personal de enfermería registrado con licencia, o bien de personal de enfermería auxiliar con licencia bajo la supervisión de personal de enfermería registrado y con licencia para ejercer en Idaho. Los servicios no son adecuados cuando su costo es mayor al de una visita de salud domiciliaria.

#### Costo dentro de la red:

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará su participación en los costos, si corresponde.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

Sí

#### Equipos y suministros médicos especializados

Los equipos y suministros pueden incluir los siguientes:

- Dispositivos, controles o aparatos diseñados para facilitar las tareas de la vida diaria
- Artículos necesarios para soporte vital
- Equipo médico duradero y no duradero

#### Costo dentro de la red:

Copago de \$0 por equipo y suministros médicos especializados cubiertos por Medicaid.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

Sí

## Beneficios y servicios

---

### Servicios que están cubiertos para usted

#### Respaldo laboral

Este servicio está destinado a personas con las discapacidades más graves, cuando el empleo competitivo no se haya dado tradicionalmente o este haya sido interrumpido o intermitente como consecuencia de una discapacidad grave.

Debido a la naturaleza y gravedad de la discapacidad, estas personas requieren servicios intensivos de respaldo laboral o servicios extendidos para poder llevar a cabo este tipo de trabajo.

#### Limitaciones:

Los servicios de respaldo laboral proporcionados en virtud de esta exención no están disponibles a través de programas financiados por la Ley de Rehabilitación de 1973, con sus reformas, o la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA).

#### Costo dentro de la red:

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará su participación en los costos, si corresponde.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

Sí

#### Servicios de transición

Productos y servicios que facilitan la transición de una persona que reside en un centro, hospital o institución hacia un entorno comunitario.

#### Limitaciones:

La administración de transición se limita a setenta y dos (72) horas por participante, por cada transición calificada.

#### Costo dentro de la red:

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará su participación en los costos, si corresponde.

#### ¿Se requiere una autorización previa?

Sí

### Visitas a especialistas u otros proveedores

Un especialista es un médico u otro proveedor de atención médica que trata afecciones médicas especiales. Si cree que necesita consultar a un especialista, comuníquese con su PCP. Su PCP está disponible para brindarle apoyo, trabajará con usted para determinar qué servicios especiales necesita y le referirá a un especialista, si es necesario.

Su PCP coordinará su atención de la salud, excepto en casos de emergencia. Los miembros tienen acceso directo a servicios de planificación familiar y salud de la mujer. No se necesita un referido.

Si necesita o desea buscar atención o asesoramiento fuera de nuestra red debido a la ubicación o a la disponibilidad del servicio, esto se denomina “fuera de la red”. En este caso, deberá coordinar con su seguro médico principal para obtener la autorización de cobertura. Si tiene alguna pregunta, llame a su coordinador de atención al **1-866-785-1628**, TTY **711**.

Si necesita información sobre cómo y dónde obtener servicios de asesoramiento o referido no cubiertos por el plan de salud debido a objeciones morales o religiosas, comuníquese con el IDHW al 1-833-814-8568.

### Cómo acceder a los servicios

Los coordinadores de atención trabajan con usted para determinar qué servicios de salud necesita. Son servicios que le ayudan en su atención y le mantienen seguro en lugares como su hogar.

La administración de atención crea un plan en función de su cuidado personal y necesidades médicas durante el proceso de evaluación.

Durante la planificación de atención, los coordinadores de atención, los miembros, sus familiares y amigos, los responsables de tomar decisiones sobre atención de la salud y los cuidadores colaboran para crear e implementar un plan de servicios centrado en usted que aborde lo que es importante para el miembro. Este proceso:

- Se basa en las fortalezas, las preferencias de vida y la necesidad de apoyo del miembro.
- Incluye oportunidades para acceder a actividades significativas, como conexiones sociales, empleo, actividades comunitarias y voluntariado.
- Promueve la independencia e inclusión en la comunidad.

## Beneficios y servicios

---

Si tiene preguntas, comuníquese con su coordinador de atención al **1-866-785-1628**, TTY **711**. Le visitará para ayudarle con sus necesidades de atención de la salud. Puede ayudarle a hacer lo siguiente:

- Elegir un médico (PCP)
- Obtener atención con su médico
- Administrar los servicios médicos
- Resolver problemas relacionados con su atención a través del establecimiento de objetivos
- Determinar maneras de vivir en su hogar
- Explicar las opciones de servicio y asignación
- Encontrar recursos comunitarios
- Obtener servicios de salud conductual

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

También puede encontrar información de los proveedores, como la siguiente:

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

### Médicos de cabecera (PCP)

Como miembro del plan Idaho Medicaid Plus, debe elegir un PCP. Su PCP se elige a través de su proveedor de seguro primario de Medicare. Elegir un PCP es importante. Debe acudir a esta persona para la mayoría de sus necesidades de atención de la salud. Le conoce bien y comprende sus antecedentes médicos.

### ¿Cómo programo una cita?

Su PCP y su coordinador de atención trabajarán con usted para garantizar que reciba la atención que necesita. Si necesita una cita inmediata o urgente y su PCP no puede darle una, puede referirlo a una sala de emergencias o de atención de urgencia. Puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan al **1-866-785-1628**, TTY **711**, para obtener ayuda. Trate de concertar las visitas al PCP con la mayor antelación posible. Su PCP atiende a muchos pacientes todos los días.

Si necesita ayuda para programar una cita, llame a su coordinador de atención. Si se encuentra en un centro de enfermería o en un centro de residencia asistida, solicite ayuda al personal; si no pueden asistirle, llame a su coordinador de atención.

### ¿Cómo puedo participar en mi atención de la salud?

Para involucrarse en su atención, visite a su PCP con frecuencia. De esta manera, participará en las elecciones sobre su atención. Su PCP le proporcionará o coordinará los servicios cubiertos que usted necesite. Asegúrese de hablar con su PCP sobre cualquier problema de salud que tenga. Así podrá conocerle a usted y sus antecedentes médicos. También asegúrese de informarle sobre cualquier problema de salud conductual. Su PCP puede tratar afecciones médicas conductuales, o bien usted puede recibir servicios de salud conductual sin un referido. Siempre siga las instrucciones de su PCP y obtenga aprobación antes de recibir cualquier servicio médico. Le enviaremos boletines informativos con información útil sobre su atención de la salud. También le informaremos sobre las novedades de nuestro plan.

Además, podemos enviarle encuestas sobre su salud y UnitedHealthcare Community Plan. Completar estas encuestas es otra manera de participar en su atención de la salud.

# Servicios proporcionados a través del programa Medicaid del estado de Idaho

El programa Medicaid del estado de Idaho ofrece directamente los servicios de Medicaid que se indican a continuación:

- Servicios dentales de Medicaid
- Transporte médico que no sea de emergencia
- Servicios para discapacidades del desarrollo
- Servicios en centros de atención intermedia

Para obtener información sobre estos servicios proporcionados por Medicaid, llame a la Línea de atención de Idaho al 211 o visite [healthandwelfare.idaho.gov](http://healthandwelfare.idaho.gov).

## Cómo conseguir sus recetas (medicamentos)

Obtener sus medicamentos recetados es una parte importante de su atención de la salud. Si su PCP o especialista le receta un medicamento que figura en la lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) de su plan, está cubierto, pero es posible que deba pagar un copago (esta lista también se conoce como “vademécum”). Si su medicamento no figura en la PDL, su proveedor de atención puede solicitar para usted un medicamento alternativo que figure en la PDL. UnitedHealthcare Community Plan cubre los medicamentos de esta lista y es posible que pague otros medicamentos con aprobación previa. Puede surtir sus recetas en cualquier farmacia de nuestra red. Muchas están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener una lista de farmacias o para buscar medicamentos en la lista de medicamentos preferidos, use el Directorio de proveedores o visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan).

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

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

# Servicios de salud conductual

Si necesita servicios de salud mental, comuníquese con su coordinador de atención. Los servicios de salud conductual están disponibles para tratar trastornos de salud mental y por consumo de sustancias. Su coordinador de atención puede ayudarle a elegir un proveedor. También puede referirse usted mismo si llama a un proveedor del Directorio de proveedores. Consulte las tablas de beneficios en las páginas 28 a 40 para conocer los servicios cubiertos. Su coordinador de atención le proporcionará un directorio o puede consultarlo en línea, en <https://www.uhccommunityplan.com/ID>.

### ¿Qué debo hacer si tengo una crisis de salud conductual?

Si tiene una crisis de salud conductual, es importante que obtenga ayuda de inmediato. Todos los miembros cuentan con cobertura para servicios de salud conductual en situaciones de crisis o emergencia. Si siente que podría lastimarse a sí mismo o podría lastimar a otros, llame al **911** para obtener ayuda de emergencia. Si tiene una crisis de salud mental, llame al **988**.

# Consejo de Miembros

Los Consejos de Defensa de Medicaid Plus de UnitedHealthcare Community Plan of Idaho ofrecen un espacio para que los miembros del plan de salud, los proveedores locales de Idaho Medicaid Plus y las agencias comunitarias locales den recomendaciones sobre los servicios de Idaho Medicaid Plus. En las reuniones, hablamos sobre los programas nuevos y en curso de Idaho Medicaid Plus. Es una excelente oportunidad para que los miembros brinden su opinión sobre los procesos actuales y los cambios futuros en el programa Idaho Medicaid Plus. Hablamos sobre cómo mejorar la atención de nuestros miembros.

Cualquier miembro del plan de salud puede asistir a las reuniones. Nos gustaría que forme parte de nuestro Consejo Asesor de Miembros de Idaho Medicaid Plus. Las reuniones se realizan trimestralmente. Si le interesa unirse al Consejo Asesor de Miembros, hable con su coordinador de atención o comuníquese con Servicios para Miembros al **1-866-785-1628** y solicite hablar con un representante del programa UnitedHealthcare Idaho Medicaid Plus.

# Política y procedimientos de administración de utilización

Contamos con políticas y pasos que seguimos para tomar decisiones sobre la aprobación de servicios médicos. Queremos asegurarnos de que los servicios de atención de la salud proporcionados sean médicamente necesarios, sean adecuados para su afección y se proporcionen en el mejor centro de atención. Nos aseguramos de que se brinde atención de calidad.

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

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

También existen algunos tratamientos y procedimientos que necesitamos revisar antes de que pueda recibirlos. Sus proveedores saben cuáles son y se encargarán de avisarnos para que los revisemos. La revisión que hacemos se denomina “revisión de utilización”. No recompensamos a nadie por decir que usted no necesita atención. Si tiene preguntas sobre la administración de utilización, puede hablar con el personal de Administración de la Atención de Medicaid. Puede llamar al 1-855-873-2377, TTY/TDD 711, para comunicarse con nuestro personal de enfermería, que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Se encuentran disponibles servicios de asistencia de idiomas.

# Proceso de autorización previa

## ¿Cómo sabré si un servicio se ha aprobado (autorizado) o denegado?

Para solicitar un servicio, puede llamar a Servicios para Miembros. Su médico le informará si se ha aprobado el servicio. Si se ha denegado el servicio, UnitedHealthcare Community Plan le enviará a usted y a su proveedor una carta llamada Aviso de determinación adversa de beneficios. Tiene derecho a conocer los criterios que se utilizan para tomar decisiones. Las decisiones normales de autorización se toman en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que se recibe la solicitud.

Pueden recibirse extensiones de hasta 14 días calendario si es lo más conveniente para usted. Por ejemplo, podríamos estar esperando los registros médicos de parte de su médico. En lugar de tomar una decisión sin estos registros, quizás le preguntemos si podemos tomarnos más tiempo para recibir los registros. De esa forma, la decisión se basará en la mejor información. Le enviaremos una carta para solicitarle la extensión.

Las decisiones aceleradas (rápidas) en situaciones de urgencia y con riesgo de vida deben tomarse a más tardar 72 horas después de que se reciba la solicitud de autorización, a menos que haya una extensión vigente. Para obtener más información sobre las cartas de Aviso de determinación adversa de beneficios y las medidas que puede tomar, llame a Servicios para Miembros.

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

Si tiene preguntas, consulte a su coordinador de atención o comuníquese con Servicios para Miembros al **1-866-785-1628**, TTY **711**, o visite nuestro sitio web, [uhc.com/communityplan/Idaho](https://www.uhc.com/communityplan/Idaho).

## Aprobación previa para un proveedor fuera de la red

UnitedHealthcare Community Plan es un plan de atención administrada. Debe acudir a los proveedores de nuestra red contratada. Sin embargo, puede haber ocasiones en las que necesite atención de un proveedor que no esté en nuestra red. Su PCP o médico tratante pueden solicitarle que consulte a un proveedor fuera de la red y que llame a UnitedHealthcare Community Plan: **1-866-785-1628**, TTY/TDD **711**.

## Medicamentos que requieren autorización previa

Se requiere autorización previa para algunos medicamentos. Las decisiones de autorización previa para los medicamentos se tomarán en un plazo de 24 horas a partir del momento en que se reciba la solicitud. Si se necesita información adicional, UnitedHealthcare le enviará una solicitud a su proveedor y emitirá una decisión definitiva a más tardar 7 días hábiles a partir de la fecha de la solicitud. Consulte la lista de medicamentos de UnitedHealthcare en [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/communityplan.com).

# Otros detalles del plan

---

## Libertad de elección

Una red de proveedores es un grupo de proveedores que han celebrado un contrato con UnitedHealthcare Community Plan para prestar servicios. Su coordinador de atención le ayudará a elegir proveedores dentro de su red de proveedores. Si desea seleccionar un proveedor en función de su comodidad, ubicación o preferencia cultural, puede decírselo a su coordinador de atención.

Si nuestra red de proveedores no puede proporcionar los servicios médicamente necesarios que usted necesita, estos servicios pueden cubrirse a través de un proveedor fuera de la red hasta que se contrate a un proveedor de la red.

Si elige a un proveedor fuera de nuestra red, este deberá obtener una autorización previa para los servicios, excepto en situaciones de emergencia o atención de urgencia, para servicios de planificación familiar y para atención posterior a la estabilización.

## ¿Puede un proveedor facturarme servicios?

Si recibe una factura por servicios y tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-866-785-1628**, TTY **711**.

Infórmele a su proveedor que es miembro de Idaho Medicaid Plus. Muéstrole su tarjeta de identificación. En la mayoría de los casos, el proveedor no tiene permitido facturarle. Sin embargo, es posible que deba pagar por un servicio que recibió si ocurre lo siguiente:

- Recibe un servicio que no está cubierto por UnitedHealthcare Idaho Medicaid Plus (o su plan de Medicare).
- Recibe un servicio que no aprobó previamente UnitedHealthcare Idaho Medicaid Plus (o su plan de Medicare).
- Recibe un servicio que no sea de emergencia de un médico u hospital que no sea proveedor de UnitedHealthcare Idaho Medicaid Plus.
- La División de Autosuficiencia del IDHW le ha asignado una participación en los costos.
- Solicita y recibe servicios relacionados con su apelación ante UnitedHealthcare durante la apelación o durante una audiencia estatal imparcial de Medicaid. Solo tendría que pagar por la atención si la decisión de la apelación o la audiencia estatal imparcial no es en su favor.
- No tiene cobertura de Medicaid en el momento en que recibe la atención.

### Medicare u otro seguro

Es importante que nos informe si tiene otro seguro o Medicare. Esto no cambia ninguno de los servicios o beneficios que obtiene de UnitedHealthcare Community Plan. Trate de elegir un PCP que trabaje con UnitedHealthcare Community Plan y su otro seguro. Esto nos ayudará a coordinar sus beneficios.

Los miembros que tienen Idaho Medicaid Plus y Medicare se denominan “con elegibilidad doble”. UnitedHealthcare Community Plan puede ayudar a pagar su coseguro y sus deducibles si acude a proveedores de Medicare que también tengan un contrato con UnitedHealthcare Community Plan o que cumplan con todas las reglas de participación en los costos de UnitedHealthcare Community Plan.

Siempre informe a su médico si tiene otro seguro. Su otro seguro o Medicare se considera su seguro principal. Puede pagar sus servicios médicos. Debe utilizar primero su seguro principal. UnitedHealthcare Community Plan es su seguro secundario. UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a pagar los copagos, el coseguro o los deducibles que los otros seguros quizás le cobren.

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

Su coordinador de atención le ayudará a administrar los beneficios. Asegúrese de que su coordinador de atención tenga toda la información de su seguro.

Los beneficios de Idaho Medicaid Plus no cambiarán sus beneficios de Medicare. Si tiene elegibilidad doble, es necesario que sepa lo siguiente:

- Si tiene Medicare tradicional, es posible que su médico esté registrado en Idaho Medicaid Plus.
- Si consulta a un médico que no pertenece a Idaho Medicaid Plus, es posible que deba pagar su copago y deducible.
- Si está inscrito en un plan Medicare HMO/Advantage, su PCP será el de su plan Medicare HMO. No es necesario que obtenga otro PCP para Idaho Medicaid Plus.

## Otros detalles del plan

---

### Coordinación de beneficios y responsabilidad de terceros

Su beneficio de Medicaid en virtud de Idaho Medicaid Plus es el pagador de último recurso. Esto significa que pagará solamente después de que todas las demás fuentes o seguros se hayan utilizado. UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a pagar los copagos, el coseguro o los deducibles que los otros seguros quizás le cobren.

## Inquietudes sobre la calidad de la atención

Los miembros y los responsables de tomar decisiones sobre atención de la salud pueden presentar inquietudes, que incluyen, entre otras, las siguientes:

- La incapacidad de recibir servicios de atención de la salud
- Inquietudes sobre la calidad de la atención recibida
- Problemas con los proveedores de atención médica
- Problemas con los planes de salud
- Acceso oportuno a los servicios

Para presentar inquietudes en relación con problemas de calidad, llame al coordinador de atención o a Servicios para Miembros al **1-866-785-1628**.

## Quejas formales (reclamos) y apelaciones de los miembros

Si tiene alguna queja formal, primero puede hablar con su médico o proveedor ante preguntas o inquietudes sobre su atención. Puede trabajar con usted para solucionar el problema. Si el problema no se soluciona, puede llamarnos.

Si tiene un problema o un reclamo sobre UnitedHealthcare Community Plan, pida ayuda a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros. Puede presentar una queja formal en cualquier momento. Si su coordinador de atención o Servicios para Miembros puede ayudarle, su reclamo se considerará resuelto. En dicho caso, no recibirá ningún otro aviso.

Si no está conforme con la respuesta de su coordinador de atención o de Servicios para Miembros, puede presentar una queja formal. Puede presentar un reclamo o una queja formal contra nosotros (la organización de atención administrada) o contra un proveedor nuestro.

Puede presentar una queja formal de manera verbal, por escrito o en línea. Los miembros pueden presentar una queja formal verbal ante su coordinador de atención o llamar a Servicios para Miembros de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes, al **1-866-785-1628**, TTY **711**. Todos los miembros pueden presentar una queja formal mediante este proceso.

El tutor legal de un adulto incapacitado, un representante declarado por escrito o un proveedor que actúe con el consentimiento escrito del miembro pueden presentar una queja formal en nombre del miembro.

Puede presentar quejas formales en línea, en [member.uhc.com/CommunityPlan](https://member.uhc.com/CommunityPlan). Los miembros también pueden presentar una queja formal por escrito a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan of Idaho  
Attn: Grievance and Appeals  
P.O. Box 31364  
Salt Lake City, UT 84131-0364  
Fax: 1-801-994-1082

Le enviaremos una carta en un plazo de 5 días hábiles después de que recibamos su queja para confirmarle la recepción.

UnitedHealthcare Community Plan tiene 30 días para responder a sus inquietudes. Una vez que tengamos una respuesta, le enviaremos otra carta para informarle nuestra decisión sobre la queja formal. Este proceso se denomina “queja formal estándar”.

Si usted o UnitedHealthcare necesitan más tiempo para obtener o presentar información de otros lugares, el proceso de queja formal puede demorar hasta 14 días calendario más. Si necesitamos información adicional, le notificaremos por escrito el motivo de la demora.

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, incluida la necesidad de servicios de traducción o de interpretación o debido a una discapacidad auditiva o de la visión, comuníquese con su coordinador de atención o llame a Servicios para Miembros al **1-866-785-1628**, TTY **711**. La información sobre quejas formales está disponible en formatos alternativos.

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

## Otros detalles del plan

---

### Aviso de determinación adversa de beneficios

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

- Denegar o limitar un servicio solicitado según el tipo o nivel de servicio, el cumplimiento de la necesidad médica, la idoneidad, el entorno y la eficacia
- Reducir, suspender o finalizar un servicio previamente autorizado
- Rechazar el pago parcial o total de un servicio
- No tomar una decisión con respecto a la autorización o no prestar servicios de manera oportuna
- No resolver una queja formal o apelación de manera oportuna
- Denegar una solicitud de un miembro rural para recibir servicios fuera de la red cuando el plan de salud es el único en el área

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

- Qué se solicitó
- Qué medida se tomó y por qué
- Su derecho a presentar una apelación, solicitar una audiencia estatal imparcial o solicitar una resolución acelerada
- Si estaba recibiendo beneficios, su derecho a la continuidad durante su apelación

Si no comprende su Aviso de determinación adversa de beneficios, llame a Servicios para Miembros. Tiene derecho a conocer los criterios que se utilizan para tomar decisiones. También puede presentar una queja formal si considera que la carta no fue lo suficientemente clara para usted. Si aún no está conforme con el aviso, puede comunicarse con UnitedHealthcare Idaho Medicaid Plus al **1-866-785-1628**.

## Apelaciones de los miembros

Una apelación es una solicitud para que revisemos una decisión o medida adversa de UnitedHealthcare Community Plan. Usted o alguien que actúe en su nombre puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con una decisión tomada por UnitedHealthcare Community Plan, puede solicitarnos que revisemos la solicitud nuevamente. Esta solicitud de revisión se denomina “apelación”. La apelación puede ser escrita o verbal.

Antes de solicitar una audiencia estatal imparcial, debe agotar el proceso de apelación de UnitedHealthcare Community Plan.

Todos los miembros pueden presentar una apelación a través de estos procesos. Puede presentar una apelación a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros por teléfono al **1-866-785-1628**, TTY **711**.

Puede presentar apelaciones en línea, en [member.uhc.com/CommunityPlan](https://member.uhc.com/CommunityPlan).

También puede presentar una apelación por escrito y enviarla a la siguiente dirección:

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

UnitedHealthcare Community Plan le brindará asistencia para completar formularios y seguir otros pasos del procedimiento para presentar una apelación. Si necesita ayuda para presentar una apelación, incluida la necesidad de servicios de traducción o de interpretación o debido a una discapacidad auditiva o de la visión, comuníquese con su coordinador de atención o llame a Servicios para Miembros al **1-866-785-1628**, TTY **711**. La información sobre apelaciones está disponible en formatos alternativos. Su proveedor, un familiar, un responsable de tomar decisiones sobre atención de la salud o un representante designado también pueden presentar una apelación en su nombre con su permiso por escrito. Usted, su familiar, el responsable de tomar decisiones sobre atención de la salud o el representante designado deben presentar la apelación en el plazo de 60 días a partir de la fecha de la carta de aviso. No se tomarán represalias contra usted ni su proveedor por presentar una apelación. Esto significa que UnitedHealthcare Community Plan no se molestará con usted o su proveedor ni intentará tomar represalias contra ustedes por presentar una apelación.

Le enviaremos una carta en un plazo de 5 días hábiles después de que recibamos su apelación para confirmarle la recepción. Si desea continuar con sus servicios durante el proceso de apelación, debe informarnos en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de la carta de Aviso de determinación adversa de beneficios.

## Otros detalles del plan

---

UnitedHealthcare Community Plan hará todos los esfuerzos necesarios para investigar su apelación en un plazo de 30 días calendario. Puede solicitar que se tome una decisión más rápido. Esto se conoce como “apelación acelerada”. Es cuando el tiempo de una apelación habitual podría poner en riesgo su salud. Si su médico o UnitedHealthcare Community Plan consideran que su apelación debe revisarse más rápidamente debido a la gravedad de su afección, la solicitud debe explicar detalladamente por qué se necesita una apelación acelerada. Le informaremos a usted o a su médico el resultado en un plazo de 72 horas. No se requiere su consentimiento por escrito si su proveedor solicita una apelación acelerada.

Si su apelación no necesita una revisión acelerada, intentaremos llamarle y le enviaremos en un plazo de 2 días calendario una carta para informarle que su apelación se revisará en los siguientes 30 días calendario. La carta le explicará cómo presentar una queja formal si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo.

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

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

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

### **Audiencia estatal imparcial**

Si no está de acuerdo con la decisión de UnitedHealthcare Community Plan sobre su apelación, tiene derecho a solicitar una audiencia estatal imparcial. Su solicitud de una audiencia estatal imparcial debe presentarse por escrito y recibirse en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de recepción de la carta de resolución de la apelación.

Puede solicitar una audiencia estatal imparcial si no está de acuerdo con la decisión de UnitedHealthcare de finalizar, modificar, suspender, reducir, retrasar o denegar un servicio. También puede solicitar una audiencia estatal imparcial si cree que UnitedHealthcare no actuó de inmediato. Su solicitud debe incluir lo siguiente:

- Su nombre
- Dirección
- Número de miembro (que figura en su tarjeta de identificación)
- Motivos de la apelación
- Cualquier evidencia que desea que revisemos, como registros médicos, cartas de médicos u otra información que explique por qué necesita el artículo o servicio; llame a su PCP si necesita esta información

Envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Medicaid Appeals  
Idaho Department of Health and Welfare  
PO Box 83720  
Boise, ID 83720-0009  
Fax: 208-364-1811

Correo electrónico: [MedicaidAppeals@dhw.idaho.gov](mailto:MedicaidAppeals@dhw.idaho.gov)

Tiene derecho a solicitar y recibir la continuación de los servicios mientras espera la audiencia estatal imparcial. Si desea que sus servicios continúen durante la audiencia estatal imparcial, debe presentar esta solicitud en el plazo de 10 días a partir de la fecha de la carta de Aviso de resolución de apelación. Es posible que deba pagar por la atención si la decisión de la apelación o de la audiencia estatal imparcial no es en su favor.

El estado llevará a cabo una audiencia. Puede asistir a la audiencia en persona o por teléfono. Deberá explicar al estado por qué no está de acuerdo con nuestra decisión. Puede pedirle ayuda a un amigo, familiar, defensor, proveedor o abogado. Recibirá una decisión por escrito en un plazo de 30 días si tiene otros derechos de apelación. La audiencia le otorgará una decisión definitiva. Esto ocurrirá en un plazo máximo de 30 días a partir de la fecha en que solicitó la audiencia.

Las normas administrativas de Procedimientos para casos en disputa y sentencias declaratorias están disponibles en línea, en <https://adminrules.idaho.gov/rules/current/16/160503.pdf>, o en una oficina del IDHW.

## Otros detalles del plan

---

### Preguntas y respuestas sobre las apelaciones

**P: ¿Qué sucede si necesito ayuda para presentar una apelación o un intérprete?**

R: Si necesita ayuda para presentar una apelación porque no habla inglés y necesita un intérprete o tiene una discapacidad auditiva o de la visión, comuníquese con su coordinador de atención o llame a Servicios para Miembros al **1-866-785-1628**, TTY **711**.

**P: ¿Cómo presento una apelación?**

R: Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Todas las cartas de apelación deben enviarse a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan Appeal Manager

P.O. Box 31364

Salt Lake City, UT 84131-0364

Fax: 1-801-994-1082

También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-785-1628**, TTY **711**.

Puede presentar un reclamo o una queja formal contra nosotros (la organización de atención administrada) o contra un proveedor nuestro. Consulte el proceso de quejas formales para miembros para obtener más información sobre la presentación.

### Verificación electrónica de visitas

UnitedHealthcare Community Plan brinda apoyo a nuestros miembros mediante la verificación electrónica de visitas (Electronic Visit Verification, EVV) para confirmar los servicios domiciliarios no especializados (atención de auxiliares, cuidado personal, tareas domésticas, habilitación, relevo) y los servicios domiciliarios de enfermería especializada (atención de la salud domiciliaria) con el fin de asegurarse de que reciba los servicios que necesita cuando los necesita. La EVV es un sistema informático que verifica de manera electrónica las visitas de servicio autorizadas al documentar de manera electrónica la hora exacta en que comienza y finaliza una visita de prestación de servicios, las personas que reciben y prestan un servicio, y el tipo de servicio prestado.

Diferentes agencias proveedoras pueden proporcionar los servicios de EVV, como las siguientes:

- Habilidades de la vida diaria
- Atención de la salud domiciliaria
- Atención de relevo
- Terapia
- Atención de un acompañante

El sistema de EVV verifica de manera electrónica lo siguiente:

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

56 **¿Tiene preguntas?** Visite [uhc.com/communityplan/Idaho](https://uhc.com/communityplan/Idaho) o llame a Servicios para Miembros al **1-866-785-1628**, TTY **711**.

La EVV está diseñada para usted:

- Funciona dondequiera que se presten los servicios, ya sea en el hogar o en la comunidad.
- Respalda la administración de casos, incluida la programación y el monitoreo de las horas de servicio.
- Los miembros tienen la opción de elegir qué dispositivo desean usar para verificar que se haya recibido el servicio.
- Los miembros pueden elegir qué tan pronto necesitan un nuevo cuidador si el que estaban esperando llega tarde o no se presenta, de acuerdo con el Plan de contingencia/respaldo de Idaho Medicaid Plus.
- Los miembros tienen derecho a trabajar con su agencia proveedora para desarrollar un plan de contingencia individual y decidir sus preferencias para cada servicio sujeto a una EVV en el que la visita sea breve, se retrase o no se efectúe.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-866-785-1628**, TTY **711**.

## Su derecho de una directiva anticipada

A veces, debido a accidentes o enfermedades graves, las personas pueden perder su capacidad de tomar decisiones de atención de la salud por sí mismas. Usted tiene derecho a decir qué desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, si así lo quiere, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas en su nombre si alguna vez usted no puede hacerlo por su cuenta
- Dar a los médicos instrucciones por escrito sobre cómo desea que procedan con su atención médica si usted no puede tomar decisiones por su cuenta

Los documentos legales que usted puede usar para dar instrucciones por anticipado en estas situaciones se denominan “directivas anticipadas”. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. El testamento en vida y poder notarial para los documentos de atención de la salud son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea usar una directiva anticipada para dar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- Obtenga el formulario. Puede comunicarse con su coordinador de atención para solicitarlo.
- Complételo y fírmelo. Independientemente de dónde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Se recomienda que considere consultar a un abogado para que le ayude a completarlo.
- Entregue las copias a las personas correspondientes. Debería entregar una copia a su médico y a la persona que usted autorice en el formulario a tomar decisiones en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo.

## Otros detalles del plan

---

Si sabe con anticipación que le hospitalizarán y ha firmado una directiva anticipada, lleve una copia con usted al hospital.

- Si se le ingresa en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene ejemplares disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

No se le negarán los servicios por ejercer sus derechos. Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguieron las instrucciones incluidas en ella, puede presentar un reclamo ante la Comité Estatal de Medicina de Idaho al 1-208-327-7000.

Para leer los estatutos del estado de Idaho con respecto a las directivas anticipadas, la Ley de Consentimiento Médico y Muerte Natural, visite el siguiente sitio web: [legislature.idaho.gov/statutesrules/idstat/title39/t39ch45/sect39-4510/](http://legislature.idaho.gov/statutesrules/idstat/title39/t39ch45/sect39-4510/).

Si el estado de Idaho realiza algún cambio en las leyes de directivas anticipadas, United Healthcare proporcionará actualizaciones en un plazo de 90 días de la entrada en vigencia de la ley. United Healthcare no está obligado a implementar una directiva anticipada si, por motivos de conciencia, UHC of Idaho no puede implementarla y la ley estatal permite a cualquier proveedor de atención médica o agente del proveedor objetarla conscientemente.

**Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor ha denegado atención que usted considera que debería recibir.** Para obtener más información, revise este manual.

Si tiene preguntas sobre las directivas anticipadas, consulte a su coordinador de atención.

\* UnitedHealthcare Community Plan le brinda información general sobre las directivas anticipadas; siempre consulte a su abogado o asesor legal antes de firmar cualquier documento legal.

# Fraude, malgasto y abuso

## Fraude

UnitedHealthcare Community Plan ofrece servicios a las personas con necesidades que califican para los servicios. Es importante asegurarnos de que nuestros miembros y proveedores sigan las reglas para obtener y facturar los servicios cubiertos. Si no se siguen las reglas, es posible que un miembro o proveedor esté cometiendo fraude. El fraude es un engaño o tergiversación intencional cometidos por una persona a sabiendas de que podría generar un beneficio no autorizado para sí misma o para otra persona. Incluye cualquier acto que constituya un fraude en virtud de la ley federal o estatal aplicables, según se define en el Título 42, Parte 455.2, del Código de Regulaciones Federales.

Informe cualquier situación que observe y no le parezca correcta. Esto incluye lo siguiente:

- El uso de la tarjeta de identificación de otra persona o el uso de su tarjeta por parte de otra persona
- La declaración de una dirección incorrecta para calificar para Idaho Medicaid Plus
- La facturación de un médico o centro por sus servicios cubiertos
- Un médico que proporcione servicios que no necesita
- Un proveedor que ofrezca servicios inadecuados

## Malgasto

Es la utilización en exceso o uso inadecuado de servicios, el uso indebido de recursos o las prácticas que dan lugar a costos innecesarios para el programa de Medicaid.

## Abuso

Son prácticas del proveedor que no concuerdan con las buenas prácticas médicas, comerciales o fiscales y generan un costo innecesario para el programa Idaho Medicaid Plus o un reembolso por servicios que no son médicamente necesarios, o bien que no cumplen con los estándares reconocidos profesionalmente de atención de la salud. También incluye las prácticas de beneficiarios que generan costos innecesarios para el programa Idaho Medicaid Plus.

## Informe de fraude, malgasto y abuso

El fraude, el malgasto y el abuso constituyen delitos graves. Pueden aplicarse sanciones en virtud de la ley. Para informar hechos de fraude, malgasto o abuso, puede llamar a Servicios para Miembros. Puede llamar a la Línea de fraude de Idaho Medicaid al 208-334-5754. No tiene que dejar su nombre. No tendrá problemas por informar hechos de fraude, malgasto o abuso.

## Otros detalles del plan

---

Un proveedor puede cometer fraude, malgasto o abuso. Estos son algunos ejemplos:

- Brindarle atención que no necesita
- Facturarle servicios que no recibió
- Mantenerle en un hospital más tiempo del que necesita
- Ocasionarle daño físico o mental
- Usar indebidamente su fondo fiduciario
- No cumplir con su plan de atención

Si considera que hubo fraude, malgasto o abuso con proveedores, personal u otros miembros, llame a Servicios para Miembros al **1-866-785-1628**, TTY **711**. No utilizaremos su nombre en su informe. No tendrá problemas por informar estos hechos. Nosotros revisaremos la situación por usted.

## Definiciones de atención administrada

**Apelación:** Solicitar la revisión de una decisión de denegación o limitación de un servicio.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** La agencia federal que administra Medicare y Medicaid.

**Medicamentos cubiertos:** Los medicamentos recetados cubiertos por UnitedHealthcare Idaho Medicaid Plus. Puede encontrarlos en la lista de medicamentos cubiertos, también denominado “vademécum” o “lista de medicamentos”.

**Servicios cubiertos:** Los servicios y suministros cubiertos por UnitedHealthcare Idaho Medicaid Plus.

**Atención de custodia:** La atención personal proporcionada en un hogar para ancianos, un centro para pacientes terminales u otro lugar cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada.

**Cancelación de la inscripción:** El proceso de poner fin a la membresía en el plan Idaho Medicaid Plus. Puede solicitar abandonar el plan UnitedHealthcare Idaho Medicaid Plus durante el período de inscripción abierta. Fuera del período de inscripción abierta, el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho determinará cuándo se puede procesar su solicitud.

**Elegibilidad doble:** Una persona que califica para todos los beneficios de Medicare y Medicaid.

**Equipo médico duradero:** El equipo que proporciona beneficios terapéuticos, está diseñado principalmente para un fin médico, lo solicita un médico o proveedor, puede utilizarse de manera repetida y es apropiado para su uso en el hogar. Este equipo proporcionado por un proveedor o una agencia de salud humana cumple con las siguientes condiciones:

1. Puede utilizarse de manera repetida.
2. Es un artículo clasificado como DME después del 1.º de enero de 2012 y tiene una vida útil prevista de al menos 3 años.
3. Se utiliza principal y habitualmente para cumplir un fin médico.
4. Generalmente no es útil para una persona en ausencia de una enfermedad o lesión.
5. Es adecuado para su uso en el hogar.

## Otros detalles del plan

---

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

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

**Transporte médico de emergencia:** Ir en ambulancia al hospital para recibir atención. Esto ocurre si llama al **911** y necesita atención de inmediato.

**Atención en la sala de emergencias:** La atención que recibe en una sala de emergencias.

**Servicios de emergencia:** Los servicios para tratar una afección de emergencia.

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

**Servicios y dispositivos de habilitación:** Los servicios de atención de la salud que le ayudan a mantener, aprender o mejorar habilidades y capacidades para la vida diaria. Algunos ejemplos incluyen fisioterapia o terapia ocupacional.

**Seguro médico:** La cobertura de los costos de servicios de atención de la salud.

**Atención basada en el hogar y la comunidad:** Los servicios de apoyo necesarios para vivir en el hogar, en un centro de residencia asistida (RALF) o en un hogar familiar certificado (CFH), en lugar de vivir en una institución, como un hogar para ancianos o un centro de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/ID). Hay opciones gestionadas por el consumidor o de autogestión disponibles para los miembros.

**Atención hospitalaria de pacientes internados:** La atención hospitalaria que generalmente requiere admitir a un paciente en el hospital.

**Atención hospitalaria de pacientes ambulatorios:** La atención en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía nocturna.

**Medicaid:** Un programa estatal y federal que ayuda con los costos de atención de la salud y otras necesidades sociales, como servicios basados en el hogar y la comunidad.

**Medicamento necesario:** Un servicio proporcionado por un médico o profesional de la salud con licencia que ayuda con un problema de salud, detiene una enfermedad o discapacidad, o prolonga la vida.

**Medicare:** Un programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más. También está dirigido a ciertas personas más jóvenes con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante).

**Miembro o inscripto:** Una persona que es elegible para Medicaid y que está inscrita en el plan UnitedHealthcare Idaho Medicaid Plus.

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

**Proveedor no participante o fuera de la red:** Un proveedor de atención médica que tiene un acuerdo con el IDHW, pero no un contrato con su plan de salud. Es posible que sea responsable de pagar el costo de la atención de proveedores fuera de la red.

**Proveedor dentro de la red:** Un proveedor de atención médica que tiene un contrato con su plan de salud.

**Servicios de cuidado personal (Personal Care Services, PCS):** Los servicios prácticos en el hogar que ayudan a las personas a permanecer en sus propias casas y comunidades, en lugar de residir en instituciones, como hogares para ancianos.

**Servicios médicos:** Los servicios de atención de la salud proporcionados por un médico con licencia.

**Servicios de atención posterior a la estabilización:** Los servicios cubiertos relacionados con una afección médica de emergencia que se brindan después de estabilizar al paciente.

**Servicios relacionados con el embarazo y la planificación familiar:** Los servicios cubiertos que incluyen planificación familiar, asesoramiento y medicamentos para prevenir el embarazo.

**Atención de la salud preventiva:** La atención de la salud de rutina que incluye exámenes de detección, controles y asesoramiento para pacientes a fin de prevenir enfermedades, afecciones u otros problemas de salud.

**Médico de cabecera (PCP):** Una persona que es responsable de la administración de la atención de la salud del miembro. Puede ser alguna de las siguientes personas:

- Una persona con licencia de médico alopático u osteopático
- Un profesional definido como asistente médico con licencia
- Personal de enfermería certificado

**Autorización previa:** La aprobación por parte de un plan de salud que puede ser necesaria antes de obtener un servicio. Esta no garantiza que el plan de salud cubra el costo del servicio.

## Otros detalles del plan

---

**Directorio de proveedores:** Una lista de todos los proveedores contratados por UnitedHealthcare.

**Rehabilitación:** Los servicios que ayudan a una persona a recuperar y mantener habilidades y capacidades para la vida diaria que se han perdido o disminuido.

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

- Objetivos individuales
- Servicios de apoyo familiar
- Coordinación de la atención
- Participación en los costos

**Participación en los costos:** El dinero que un miembro debe pagar al recibir servicios o medicamentos. También podría escuchar términos como deducible, copago, coseguro o costo compartido. Su nivel de beneficios de Medicaid determina si tiene participación en los costos.

**Atención de enfermería especializada:** Los servicios especializados proporcionados en su hogar o en un hogar para ancianos por parte de personal de enfermería o terapeutas con licencia.

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

**Transición de la atención:** La coordinación de actividades relacionadas con la atención, que incluye la planificación alta hospitalaria y las transiciones, así como un seguimiento oportuno con el proveedor correspondiente.

**Transporte:** Si tiene una cita médica, puede solicitar un traslado a MTM al 1-877-503-1261. Debe llamar al menos 48 horas antes de su cita.

**Atención de urgencia:** La atención de una enfermedad, una lesión o una afección lo suficientemente grave como para que requiera atención inmediata, pero no tanto como para que requiera atención en la sala de emergencias.

## Notificación de no discriminación

De conformidad con las las leyes federales de derechos civiles aplicables, nuestra compañía no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad o discapacidad y, en algunos casos, religión o interés político.

Ofrecemos ayuda y servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Puede solicitar intérpretes y/o comunicaciones en otros idiomas o formatos, como letra grande. También ofrecemos modificaciones razonables para personas con discapacidades.

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

Si considera que no hemos proporcionado estos servicios o hemos discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja al coordinador de derechos civiles:

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

[UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)

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

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.:

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

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

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

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

Este aviso está disponible en  
<https://www.uhc.com/legal/nondiscrimination-and-language-assistance-notices>.

## Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia de idiomas y formatos alternativos

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services and free communications in other formats, such as large print, are available to you. Please call the toll-free number on your member identification card.

Arabic: تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فتوجد هناك خدمات مساعدة لغوية مجاناً ورسائل مجانية بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بحروف كبيرة. يُرجى الاتصال بالرقم المجاني المدون على بطاقة تعريف العضو الخاصة بك.

Chinese: 注意: 如果您說中文, 免費語言協助服務和其他格式 (例如大字版) 的免費通訊可提供給您。請撥打會員身份識別卡上的免付費電話。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمکی زبان رایگان و مطالب رایگان در قالب‌های دیگر، مانند پرینت درشت، برای شما فراهم است. لطفاً با شماره رایگان درج شده در پشت کارت شناسایی اعضا تماس بگیرید.

French: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits et des communications gratuites dans d'autres formats, tels que du texte en gros caractères, sont à votre disposition. Veuillez composer le numéro gratuit figurant sur votre carte de membre.

German: HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste und kostenlose Mitteilungen in anderen Formaten, wie in Großdruck, zur Verfügung. Rufen Sie bitte die kostenfreie Nummer auf Ihrem Mitgliedsausweis an.

Japanese : 注意 : 日本語を話される場合は、無料の言語支援サービスや、大きな活字などの他の形式での無料コミュニケーションをご利用いただけます。会員IDカードに記載されているフリーダイヤル番号までお電話ください。

Korean: 참고: 귀하가 한국어를 구사하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스와 다른 형식의 무료 커뮤니케이션(예, 큰 활자체로 된 정보)을 이용하실 수 있습니다. 가입자 식별 카드에 기재된 무료 전화번호로 전화하십시오.

Nepali: ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, ठूलो अक्षर जस्ता अन्य ढाँचाहरूमा निःशुल्क भाषा सहायता सेवाहरू र निःशुल्क सञ्चार सेवाहरू तपाईंको लागि उपलब्ध छन्। कृपया तपाईंको सदस्यता परिचय कार्डमा भएको टोल-फ्री नम्बरमा फोन गर्नुहोस्।

Romanian: ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, aveți la dispoziție servicii de asistență lingvistică gratuită și opțiuni de comunicare gratuite într-un alt format, precum text cu caractere mari. Vă rugăm să sunați la numărul de telefon gratuit de pe legitimația dvs. de membru.

Russian: ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться помощью переводчика и информационными материалами в альтернативных форматах, например, крупным шрифтом. Позвоните по номеру телефона для бесплатных звонков, указанному на Вашей идентификационной карточке участника.

# 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 2025

Por ley, debemos<sup>1</sup> proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso. Le informa lo siguiente:

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

Por ley, debemos respetar los términos de nuestro aviso actual.

La HI es información sobre su salud o servicios médicos. Tenemos derecho a hacer cambios en este aviso sobre prácticas de privacidad. Si hacemos cambios importantes, se lo notificaremos por correo postal o electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Cualquier cambio en el aviso se aplicará a toda la HI que tengamos. Le notificaremos si ocurre una filtración de su HI. Recopilamos y conservamos su HI para poder realizar nuestras operaciones comerciales. La HI puede ser verbal, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a su HI a empleados y proveedores de servicios, y mantenemos salvaguardas para protegerla.

## Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

**Recopilamos, usamos y compartimos su HI con las siguientes personas o entidades:**

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

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

- **Para pagos.** Para procesar pagos y pagar reclamaciones. Por ejemplo, podemos decirle a un médico si pagaremos por determinados procedimientos médicos y qué porcentaje de la factura puede estar cubierto.
- **Para tratamiento o manejo de la atención.** Para ayudar con su atención. Por ejemplo, podemos compartir su HI con un hospital en el que se encuentre, para ayudar a proporcionarle atención médica.

## Otros detalles del plan

---

- **Para operaciones de atención de la salud.** Para realizar nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para informarle sobre un programa especial de bienestar o manejo de la enfermedad disponible para usted. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para proporcionarle información sobre programas o productos relacionados con la salud.** Podemos brindarle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Si recibe un seguro de salud a través de su empleador, podemos darle la inscripción, la cancelación de la inscripción y el resumen de la información médica a su empleador. Podemos proporcionarle otra HI al empleador si este limita su uso de forma adecuada.
- **Para propósitos de suscripción.** Para tomar decisiones de suscripción de seguros de salud. No usaremos su información genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos enviarle recordatorios de citas e información sobre sus beneficios para la salud.
- **Para comunicaciones con usted.** Podemos ponernos en contacto con usted en relación con sus beneficios del seguro de salud, atención de la salud o pagos.

### Podemos recopilar, usar y compartir su HI de la siguiente forma.

- **Según sea requerido por ley.** Para cumplir con las leyes que nos corresponden.
- **Para las personas que participan en su atención.** Un familiar u otra persona que le ayude con su atención médica o que pague su atención. También puede ser un familiar en una emergencia. Esto puede suceder si no puede decirnos si podemos compartir su HI o no. Si no puede informarnos lo que desea, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte podemos compartir HI con familiares o amigos que ayudaron con su atención o pagaron por su atención.
- **Para actividades de salud pública.** Por ejemplo, para evitar la propagación de enfermedades o informar problemas con productos o medicamentos.
- **Para denunciar abuso, abandono o violencia doméstica.** Podemos compartir la información solo con determinadas entidades que están autorizadas por ley a recibir esta HI. Puede tratarse de un organismo de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** de un organismo autorizado por ley a recibir la HI. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos,** por ejemplo, para responder a una orden o citación de un tribunal.
- **Para hacer cumplir la ley.** Para localizar a una persona perdida o informar un delito.
- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad.** A organismos de salud pública o del orden público, por ejemplo, en caso de emergencia o desastre natural.
- **Para las funciones del gobierno.** Para uso militar y de veteranos, seguridad nacional o determinados servicios de protección.

- **Para indemnización de trabajadores.** Si sufrió una herida en el trabajo o para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Por ejemplo, para estudiar una enfermedad o afección médica. También podemos utilizar la HI para ayudar a preparar un estudio de investigación.
- **Para proporcionar información acerca de defunciones.** Por ejemplo, a un forense o examinador médico que pueda ayudar a identificar a la persona que murió, por qué murió o para cumplir con determinadas leyes. También podemos proporcionar la HI a directores de funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Por ejemplo, para ayudar en la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Para personas que están detenidas, por ejemplo: (1) para proporcionar atención de la salud; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para nuestros socios comerciales.** Para brindarle servicios, en caso de que sea necesario. Estas son compañías que nos prestan servicios. Estas compañías aceptan proteger su HI.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la HI que se enumera a continuación. Cumpliremos leyes más estrictas que se apliquen.
  1. Trastorno por consumo de alcohol y sustancias
  2. Información biométrica
  3. Abuso o abandono de niños o adultos, incluido el abuso sexual
  4. Enfermedades contagiosas
  5. Información genética
  6. VIH/sida
  7. Salud mental
  8. Información de menores
  9. Medicamentos recetados
  10. Salud reproductiva o sexual
  11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos o compartiremos su HI según se describe en este aviso o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir notas de psicoterapia sobre usted, excepto en algunos casos permitidos por la ley. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su HI a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su HI en determinadas listas de correo de comercialización. Si nos da su consentimiento, puede retirarlo. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del seguro de salud.

### Sus derechos

Tiene los siguientes derechos sobre su información médica.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación para tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas que ayudan con su atención o pagan por su atención. Podemos permitir que sus

## Otros detalles del plan

---

dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.** Su solicitud para que limitemos el uso o la divulgación debe hacerse por escrito.

- **Solicitar el envío de comunicaciones confidenciales** de una forma diferente o a un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla de correo (P.O. Box), en lugar de a su casa. Aceptaremos su solicitud según lo permitan las leyes estatales y federales. Aceptamos solicitudes verbales, pero podemos pedirle que confirme su solicitud por escrito. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerlo por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación.
- **Ver u obtener una copia de cierta HI.** Deberá presentar la solicitud por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle por las copias. Podemos negar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si cree que la HI sobre usted es errónea o está incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá presentar la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que solicita el cambio. Responderemos su solicitud en el momento en que debamos hacerlo en virtud de la ley. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que se muestra a continuación. Si rechazamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su HI.
- **Recibir un informe** de la divulgación de su HI en los seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá las ocasiones en que compartimos la HI por los siguientes motivos: (i) para tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia en papel de este aviso.** Puede pedir una copia en papel en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web.
- **En algunos estados, puede tener derecho a solicitar que eliminemos su HI.** Según dónde viva, también puede solicitarnos que eliminemos su HI. Responderemos su solicitud en el momento en que debamos hacerlo en virtud de la ley. Si no podemos hacerlo, se lo informaremos. Si no podemos hacerlo, puede escribirnos e indicar por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

### Cómo usar sus derechos

- **Para comunicarse con su plan de salud.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o quiere ejercer sus derechos, **llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.** O bien, puede comunicarse con el Centro de Atención de Llamadas de UnitedHealth Group al 1-866-633-2446 o TTY/RTT 711.
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo postal a la siguiente dirección:  
UnitedHealthcare Privacy Office  
MN017-E300, P.O. Box 1459, Minneapolis MN 55440
- **Para presentar una queja o reclamación por agravio.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una queja o reclamación por agravio a la dirección mencionada anteriormente.

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

<sup>1</sup>Este Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Información Médica se aplica a los planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

# Aviso de Privacidad de Información Financiera

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2025

Nosotros<sup>2</sup> protegemos su “información financiera personal” (personal financial information, “FI”). La FI no es información médica. La FI le identifica y no está generalmente disponible al público.

### Información que recopilamos

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

### Divulgación de FI

Solo compartiremos FI según lo permita la ley.

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

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

### Confidencialidad y seguridad

Limitamos el acceso a su FI 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.

<sup>2</sup>Para los propósitos de este Aviso de Privacidad de Información Financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a los planes de salud afiliados a UnitedHealth Group y a las siguientes afiliadas de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear

Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of NJ, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Holdings, Inc.; Level2 Health Management, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Health Care Solutions, Inc.; Optum Health Networks, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; and USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de Información Financiera solo tiene vigencia si lo exige la ley. Específicamente, no se aplica a (1) productos de seguros de atención de la salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; ni a (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

**Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia de idiomas y formatos alternativos:**  
<https://www.uhc.com/communityplan/non-discrimination-notice>



# Estamos aquí para usted

---

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener.

Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-866-785-1628**, TTY **711**. También puede visitar nuestro sitio web en [uhc.com/communityplan/Idaho](https://uhc.com/communityplan/Idaho).

UnitedHealthcare Community Plan  
1120 S Rackham Way  
Suite 300  
Meridian, ID 83642

[UHCCommunityPlan.com](https://uhc.com/communityplan/Idaho)

**1-866-785-1628**, TTY **711**

United  
Healthcare®  
Community Plan

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

