



Nevada



Le damos la bienvenida a la comunidad

Programa Check Up y Medicaid de Nevada

Agosto de 2025

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

La discriminación es ilegal. La empresa cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, creencias políticas, sexo, identidad o expresión de género ni orientación sexual.

Tiene derecho a presentar un reclamo por discriminación si cree que le hemos tratado de manera discriminatoria. Puede presentar un reclamo y solicitar ayuda para presentar un reclamo en persona, o por correo postal, teléfono, fax o correo electrónico a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130
Correo electrónico: UHC_Civil_Rights@uhc.com

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

En línea: hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html
Por correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Por teléfono: **1-800-368-1019** (TDD **1-800-537-7697**)

Proporcionamos ayuda y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:

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

Ofrecemos también servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes.

¿Tiene preguntas? Visite MyHPNMedicaid.com

3

1-800-962-8074, TTY 711

English: ATTENTION: Translation and other language assistance services are available at no cost to you. If you need help, please call the number above.

Spanish: ATENCIÓN: La traducción y los servicios de asistencia de otros idiomas se encuentran disponibles sin costo alguno para usted. Si necesita ayuda, llame al número que se indica arriba.

Tagalog: ATENSYON: Ang pagsasalin at iba pang mga serbisyong tulong sa wika ay magagamit mo nang walang bayad. Kung kailangan mo ng tulong, mangyaring tawagan ang numero sa itaas.

Chinese: 注意：您可以免費獲得翻譯及其他語言協助服務。如果您需要協助，請致電上列電話號碼。

Korean: 참고: 번역 및 기타 언어 지원 서비스를 무료로 제공해 드립니다. 도움이 필요하시면 위에 명시된 번호로 전화해 주십시오.

Vietnamese: CHÚ Ý: Dịch vụ dịch thuật và hỗ trợ ngôn ngữ khác được cung cấp cho quý vị miễn phí. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi số ở trên.

Amharic: ማሳሰቢያ፡- የትርጉም እና ሌሎች የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶችን ያለ ምንም ወጪ ማግኘት ይቻላል። እርዳታ ከፈለጉ እባክዎ ከላይ ባለው ቁጥር ይደውሉ።

Thai: โปรดทราบ: มีบริการแปลและบริการช่วยเหลืออื่น ๆ ด้านภาษาให้สำหรับคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ หากคุณต้องการความช่วยเหลือ โปรดโทรติดต่อหมายเลขด้านบนนี้

Japanese: 注意：ほん訳やその他の言語サポートサービスを無料でご利用いただけます。サポートが必要な場合は、上記の番号までお電話ください。

Arabic: تنبيه: تتوفر خدمات الترجمة وخدمات المساعدة اللغوية الأخرى لك مجانًا. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة، يُرجى الاتصال بالرقم أعلاه.

Russian: ВНИМАНИЕ! Услуги перевода, а также другие услуги языковой поддержки предоставляются бесплатно. Если вам требуется помощь, пожалуйста, позвоните по указанному выше номеру.

French: ATTENTION : la traduction et d'autres services d'assistance linguistique sont disponibles sans frais pour vous. Si vous avez besoin d'aide, veuillez appeler le numéro ci-dessus.

Samoan: MO LE SILAFIA: O auaunaga faaliliu upu ma isi fesoasoani i le itu tau gagana o loo mafai ona e mauaina e aunoa ma se totogi. Afai e te moomia se fesoasoani, faamolemole ia vili le numera o loo ta'ua i luga.

German: HINWEIS: Übersetzungs- und andere Sprachdienste stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie Hilfe benötigen, rufen Sie bitte die obige Nummer an.

Ilocano: PAKAAMMO: Magun-odmo a libre ti panagipatarus ken dagiti dadduma pay a serbisio a tulong iti lengguahe. No kasapulam ti tulong, pakitawagam ti numero iti ngato.

Le damos la bienvenida

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid

UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid es el plan de salud más grande y experimentado de Nevada. Tómese unos minutos para revisar este Manual para Miembros. Estamos listos para responder cualquier pregunta que pueda tener. Puede encontrar respuestas a la mayoría de las preguntas en [MyHPNMedicaid.com](https://www.myhpnmedicaid.com). O puede comunicarse con Servicios para Miembros llamando al **1-800-962-8074**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes. La copia impresa se enviará por correo postal en un plazo de 5 días hábiles.

También puede utilizar nuestros servicios presenciales de conserjería o personalizados. Visite nuestras oficinas y un miembro de nuestro equipo le ayudará con gusto. El horario de atención sin cita previa es de 9:00 a.m. a 1:00 p.m., de lunes a miércoles.

Nuestras oficinas están ubicadas en la siguiente dirección:

2720 N. Tenaya Way, Suite 102
Las Vegas, NV 89128

ESTE MANUAL NO ES UN CERTIFICADO DE SEGURO, Y NO SE DEBE INTERPRETAR COMO EVIDENCIA DE COBERTURA DE SEGURO ENTRE HEALTH PLAN OF NEVADA Y EL MIEMBRO.

Este manual se proporciona a través de medios electrónicos. Es accesible y se puede descargar, guardar e imprimir. Si desea obtener una copia impresa sin costo alguno para usted, llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes.



Cómo empezar

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

- 1. Llame a su médico de cabecera (Primary Care Provider, PCP) y programe un chequeo.**
Los controles habituales son importantes para una buena salud. El número de teléfono de su PCP debe figurar en la carta de asignación que recibió recientemente por correo. El PCP que aparece en esta carta no es el único proveedor que usted puede visitar. Puede recibir atención de cualquier proveedor participante. Si no conoce el número de su médico de cabecera o si desea ayuda para programar un chequeo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY: **711**. O bien, pase por nuestras oficinas para obtener servicios presenciales de conserjería o personalizados. Estamos aquí para ayudarle.
- 2. Realice la encuesta de salud.** Es una forma rápida y sencilla de obtener un panorama general de su salud y estilo de vida actual. Nos ayuda a conectarle con los beneficios y servicios que tiene disponibles. Visite MyHPNMedicaid.com para completar la encuesta de salud hoy mismo. También le llamaremos para darle la bienvenida a UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid. Durante esa llamada, podemos explicarle los beneficios de su plan de salud. También podemos ayudarle a completar la encuesta de salud por teléfono. Consulte la página 17.
- 3. Conozca su plan de salud.** Comience con la sección Aspectos destacados del plan de salud en la página 13 para obtener una descripción general rápida de su nuevo plan. Asegúrese de tener este folleto a mano para consultarlo en el futuro.

Los servicios de **interpretación oral** en idiomas distintos del inglés están disponibles a través de nuestro Departamento de Servicios para Miembros. Llame al **1-800-962-8074** para obtener ayuda.

Los miembros con discapacidad auditiva pueden comunicarse con nosotros llamando al 1-800-962-8074 a través del servicio de retransmisión 711.

Los miembros con discapacidad visual pueden llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-962-8074** para obtener ayuda. También podemos proporcionarle documentos en letra grande para facilitar la lectura.

Su opinión nos importa

¿Tiene alguna idea sobre cómo UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid puede mejorar? Puede hacernos llegar sugerencias sobre nuestras políticas y servicios. Existen varias de formas en las que puede decirnos qué piensa.

- Llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY **711**.
- Inscribese en nuestro Consejo Asesor de Miembros. Cada tres meses, el equipo de Medicaid organiza una reunión del Consejo Asesor con los miembros para escuchar ideas sobre cómo podemos mejorar nuestro plan de salud. Puede inscribirse llamando a Servicios para Miembros o enviando un correo electrónico a HPNbenefits@uhc.com.
- Visítenos o escríbanos a:

UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid
2720 North Tenaya Way, Suite 102
Las Vegas, Nevada 89128

Gracias por elegir UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid como su plan de salud

Nos complace tenerle como miembro. UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid (UHC HPN Medicaid) es el plan de salud más grande y experimentado de Nevada. Usted ha realizado la elección correcta para usted y su familia.

UHC HPN Medicaid le brinda acceso a muchos proveedores de atención médica (médicos, personal de enfermería, hospitales y farmacias), es decir, le brinda acceso a todos los servicios de salud que necesita. Cubrimos servicios de atención preventiva, controles y tratamiento. Nos dedicamos a mejorar su salud y su bienestar.

Recuerde que las respuestas a cualquier pregunta que tenga están a solo un clic de distancia en [MyHPNMedicaid.com](https://www.mychpnmcaid.com). O puede comunicarse con Servicios para Miembros llamando al **1-800-962-8074**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes.

También puede utilizar nuestros servicios de conserjería o personalizados. Visite nuestras oficinas y un miembro de nuestro equipo le ayudará con gusto. El horario de atención sin cita previa es de 9:00 a.m. a 1:00 p.m., de lunes a miércoles.

Nuestras oficinas están ubicadas en la siguiente dirección:

2720 N. Tenaya Way, Suite 102
Las Vegas, NV 89128



- 8 **¿Tiene preguntas?** Visite [MyHPNMedicaid.com](https://www.mychpnmcaid.com)
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Índice

Aspectos destacados del plan de salud	<u>12</u>
Tarjetas de identificación del plan de salud	<u>12</u>
Tarjeta de identificación de Medicaid del estado de Nevada	<u>13</u>
Encuentre su plan en línea	<u>14</u>
Resumen de beneficios	<u>15</u>
Su encuesta de salud	<u>17</u>
Apoyo al miembro	<u>17</u>
Transición desde otro plan de salud	<u>20</u>
Puede comenzar a usar su beneficio de farmacia de inmediato	<u>20</u>
Visitas al médico	<u>22</u>
Su médico de cabecera (PCP)	<u>22</u>
Chequeos anuales	<u>24</u>
Cómo programar una cita con su médico de cabecera	<u>27</u>
Cómo prepararse para la cita con el médico de cabecera	<u>28</u>
Personal de enfermería de asesoramiento telefónico: su recurso de información de salud las 24 horas	<u>28</u>
Referidos y especialistas	<u>29</u>
Defensor de miembros	<u>30</u>
Cómo obtener una segunda opinión	<u>30</u>
Autorizaciones previas	<u>30</u>
Continuidad de la atención si su médico de cabecera abandona la red	<u>31</u>
Servicios de salud conductual	<u>31</u>
Visitas virtuales	<u>35</u>
Visita a domicilio de atención de urgencia	<u>36</u>
Servicios de transporte (que no sean de emergencia)	<u>36</u>
Transporte de emergencia	<u>36</u>

Hospitales y emergencias	<u>37</u>
Atención de emergencia	<u>37</u>
Servicios de atención posteriores a la estabilización	<u>38</u>
Atención de urgencia	<u>38</u>
Servicios hospitalarios	<u>38</u>
No hay cobertura médica fuera de los Estados Unidos	<u>39</u>
Servicios de atención de la salud fuera del área	<u>39</u>
Farmacia	<u>40</u>
Medicamentos con receta	<u>40</u>
Medicamentos de venta libre (OTC)	<u>41</u>
Medicamentos inyectables	<u>42</u>
Farmacia principal	<u>42</u>
Beneficios	<u>43</u>
Beneficios cubiertos por UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid	<u>43</u>
Nota especial sobre los servicios de planificación familiar	<u>61</u>
Nota especial sobre los beneficios para la salud mental y el abuso de sustancias	<u>61</u>
Beneficios adicionales especiales para los miembros de UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid	<u>62</u>
Servicios y atención durante el embarazo	<u>64</u>
Administración de la atención	<u>69</u>
Servicios que recibe directamente a través de Medicaid de Nevada	<u>69</u>
Otros detalles del plan	<u>71</u>
Cómo encontrar un proveedor de la red	<u>71</u>
Directorio de Proveedores	<u>71</u>
Recuperación del patrimonio de Medicaid	<u>71</u>
Si recibe una factura por servicios	<u>72</u>
Otro seguro de salud (Coordinación de Beneficios o COB)	<u>72</u>

Cómo actualizar su información	73
Consentimiento informado	74
Privacidad de los registros	74
Cómo pagamos a nuestros proveedores	75
Administración de la utilización	75
Programa de calidad	75
Seguridad del paciente y protección contra la discriminación	76
Guías sobre prácticas clínicas y nueva tecnología	76
Directrices anticipadas	77
Fraude, malgasto y abuso (FWA)	79
Qué hacer si tiene una apelación o una queja formal	79
Apelaciones	80
Formulario de apelación	83
Formulario de designación de representante autorizado	85
Audiencia estatal imparcial.	87
Continuación del servicio	88
Quejas formales	89
Derechos y responsabilidades de los miembros	90
¿Cómo solicito la cancelación de la afiliación en mi plan?	93
Si ya no es miembro de Medicaid	94
Cuándo debe comunicarse con nosotros	95
Cuándo podríamos comunicarnos con usted.	97
Términos de atención de la salud	98
Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad	102

Aspectos destacados del plan de salud

Tarjetas de identificación del plan de salud

Recibirá una tarjeta de identificación del plan de salud de UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid (UHC HPN Medicaid) para cada uno de los miembros de su familia que reciba beneficios de Medicaid.

Como miembro, debe hacer lo siguiente:

- Llevar su tarjeta de identificación del plan de salud y su tarjeta de identificación de Medicaid del estado a sus citas.
- Mostrarla cuando surta una receta.
- Téngala a mano cuando llame a Servicios para Miembros; esto nos ayuda a brindarle un mejor servicio.
- No permita que otra persona use sus tarjetas. Esto es ilegal.

HEALTH PLAN OF NEVADA
A UnitedHealthcare Company

HEALTH PLAN OF NEVADA
MEDICAID

Health Plan (80840) 911-76342-01

Member ID: _____ Group Number: _____

Member: _____

Medicaid ID: _____ Payer ID 76342

Benefit Code: _____



Rx BIN:
Rx GRP:
Rx PCN:

0511 Underwritten by Health Plan of Nevada, Inc.

In a life-threatening emergency, call 911 or go to an emergency room. Printed:

Card does not guarantee coverage. Obtain prior authorization or verify benefits at myHPNmedicaid.com or call Member Services.

Member Services: 1-800-962-8074

TTY/TDD: 711

24 Hour Advice Nurse: 1-800-288-2264

Behavioral Health/Substance Abuse: 1-800-873-2246

24 Hour Virtual Visits: Download the NowClinic® app

Mobile Medical Center: 1-800-382-0870

For Providers: myHPNmedicaid.com 1-800-962-8074

Medical Claims: HPN Claims, PO Box 15645, Las Vegas, NV 89114-5645

HPN MEDICAID PROVIDER NETWORK

Pharmacy Claims: OptumRx, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334

For Pharmacists: 1-800-443-8197 Get medical questions? Call 1-800-288-2264, 24 Hours/Day, 7 days a week.

HEALTH PLAN OF NEVADA
A UnitedHealthcare Company

Nevada Check Up

Health Plan (80840) 911-76342-01

Member ID: _____ Group Number: _____

Member: _____

Medicaid ID: _____ Payer ID 76342

Benefit Code: _____



Rx BIN:
Rx GRP:
Rx PCN:

0511 Underwritten by Health Plan of Nevada, Inc.

In a life-threatening emergency, call 911 or go to an emergency room.

Card does not guarantee coverage. Obtain prior authorization or verify benefits at myHPNmedicaid.com or call Member Services.

Member Services: 1-800-962-8074

TTY/TDD: 711

24 Hour Advice Nurse: 1-800-288-2264

Behavioral Health/Substance Abuse: 1-800-873-2246

24 Hour Virtual Visits: Download the NowClinic® app

Mobile Medical Center: 1-800-382-0870

For Providers: myHPNmedicaid.com 1-800-962-8074

Medical Claims: HPN Claims, PO Box 15645, Las Vegas, NV 89114-5645

HPN MEDICAID PROVIDER NETWORK

Pharmacy Claims: OptumRx, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334

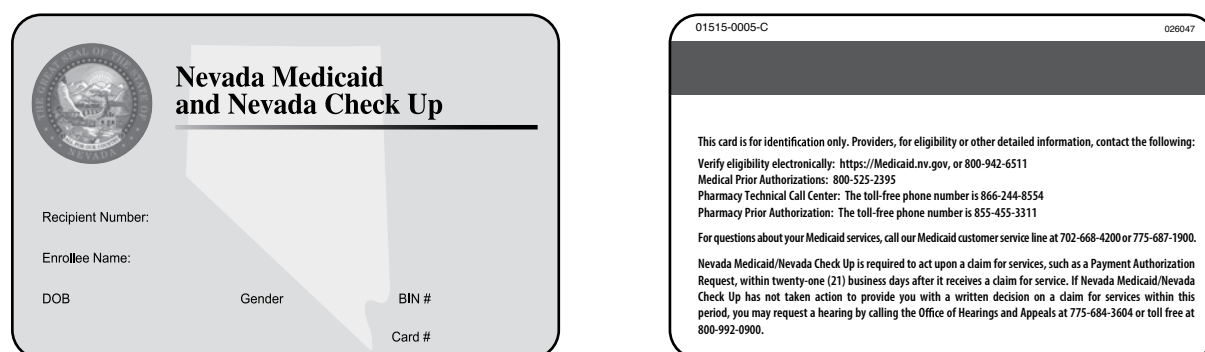
For Pharmacists: 1-800-443-8197 Get medical questions? Call 1-800-288-2264, 24 Hours/Day, 7 days a week.

¿Perdió su tarjeta de identificación del plan de salud?

Si pierde su tarjeta de identificación, puede imprimir una nueva en MyHPNMedicaid.com o llamar a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY: **711**.

Tarjeta de identificación de Medicaid del estado de Nevada

También obtendrá una tarjeta de identificación de Medicaid del estado para cada uno de los miembros de su familia que reciba beneficios de Medicaid.



Si necesita un reemplazo o no ha recibido su tarjeta de identificación de Medicaid, comuníquese con la División de Servicios de Asistencia y Bienestar (Division of Welfare and Support Services, DWSS) para obtener asistencia. Consulte la información de contacto a continuación:

- Para el norte de Nevada: **775-684-7200**
- Para el sur de Nevada: **702-486-1646**
 - Opción 1 en inglés, opción 2 en español
 - Opción 5 para hablar con un agente

Muestre ambas tarjetas

Muestre siempre su tarjeta de identificación del plan de salud y su tarjeta de identificación de Medicaid del estado cuando reciba atención. Esto ayuda a garantizar que obtenga todos los beneficios a su disposición. Y evita errores de facturación.

Aspectos destacados del plan de salud

Encuentre su plan en línea

Administre su información de atención de la salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana en MyHPNMedicaid.com

Como miembro de UHC HPN Medicaid, está a solo un clic de todo lo que necesita para hacerse cargo de sus beneficios para la salud. Solo debe registrarse en MyHPNMedicaid.com. Las herramientas y las nuevas características pueden ahorrarle tiempo y ayudarle a mantenerse saludable. El uso del sitio es gratuito.

Excelentes razones para usar MyHPNMedicaid.com

- Explorar sus beneficios
- Buscar un médico
- Buscar un hospital
- Realizar su encuesta de salud
- Aprender a mantenerse saludable
- Buscar un proveedor de salud conductual

Regístrese en el Centro de Miembros en línea en MyHPNMedicaid.com hoy mismo

Registrarse es fácil y rápido. ¡Inscríbase hoy! Simplemente visite MyHPNMedicaid.com para acceder al Centro de Miembros en línea. Seleccione “Regístrese” en la página de inicio y siga las sencillas instrucciones. Deberá proporcionar su número de identificación de Medicaid para registrarse y crear una cuenta. Está a solo unos clics de acceder a la información personal de su plan de salud.

- Suscríbase para recibir mensajes de texto y correos electrónicos sobre su plan
- Lleve un registro de sus antecedentes médicos
- Vea sus referidos y autorizaciones previas
- Vea su historial de reclamaciones
- Revise su Explicación de Beneficios, incluida cualquier denegación de pago a su médico

Todos los documentos del plan están disponibles en el Centro de Miembros en línea para guardarlos o imprimirlos. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY **711**, para solicitar una copia impresa gratis de cualquier documento del plan si no puede acceder al Centro para Miembros en línea.

Aplicación móvil MyHPN

Administre fácilmente la información de su plan de salud en cualquier momento y lugar. Busque MyHPN en su tienda de aplicaciones y descárguela. A continuación, inicie sesión con su identificación de One Healthcare. Los usuarios nuevos tendrán que crear una cuenta. Utilice la aplicación MyHPN para averiguar quién está registrado como su proveedor de atención primaria (PCP), hablar con un miembro del personal de enfermería asesor, chatear por video con un proveedor, buscar un médico o una ubicación de atención, acceder a su tarjeta de identificación digital del plan de salud y verificar el estado de un referido o una autorización previa.

Resumen de beneficios

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

Servicios de atención primaria

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

Servicios de salud conductual

Usted tiene cobertura para servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias. Esto incluye servicios hospitalarios y ambulatorios. No se requiere el referido de su PCP para acceder a los servicios. Encuentre una lista completa de proveedores de salud conductual en [MyHPNMedicaid.com](https://www.myhpnmedicaid.com) o llame al 1-800-873-2246.

Amplia red de proveedores

Puede elegir cualquier PCP de nuestra amplia red de proveedores. Nuestra red también incluye especialistas, hospitales y farmacias, y le da gran cantidad de opciones para su atención de la salud. Encuentre una lista completa de proveedores de la red en [MyHPNMedicaid.com](https://www.myhpnmedicaid.com) o llame al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Personal de enfermería de asesoramiento telefónico

Nuestra Línea de personal de enfermería de asesoramiento telefónico le brinda acceso telefónico al experimentado personal de enfermería registrado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Pueden brindarle información, apoyo y educación para cualquier pregunta o inquietud relacionada con la salud. Llame al **1-800-288-2264**.

Aspectos destacados del plan de salud

Servicios de especialistas

Su cobertura incluye servicios de especialistas. Los especialistas son médicos o personal de enfermería altamente capacitados para tratar ciertas afecciones. Es posible que primero necesite un referido de su PCP. Consulte la página 29.

Medicamentos

Su plan cubre medicamentos con receta sin copagos para los miembros de todas las edades. También cubre insulina, agujas y jeringas, anticonceptivos, y productos de venta libre seleccionados.

Servicios hospitalarios

Usted tiene cobertura para estadías en el hospital. También tiene cobertura para servicios ambulatorios. Estos son servicios que usted recibe en el hospital sin pasar la noche allí.

Servicios de laboratorio

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

Visitas de bienestar del niño

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

Atención de maternidad y embarazo

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

Planificación familiar

Usted tiene cobertura para los servicios que ayudan a gestionar el momento del embarazo. Estos incluyen productos y procedimientos anticonceptivos.

Atención ocular

Sus beneficios de la vista incluyen exámenes de la vista de rutina y anteojos. Consulte las páginas 49 y 50.

Su encuesta de salud

Una encuesta de salud es una encuesta breve y sencilla con preguntas simples sobre su salud y estilo de vida. Si la completa y nos la envía por correo, podremos conocerle mejor. También nos ayuda a conectarle con los múltiples beneficios y servicios, y con algunos recursos comunitarios importantes disponibles para usted.

Tómese unos minutos para completar la encuesta de salud en MyHPNMedicaid.com. Haga clic en el botón Encuesta de salud en el lado derecho de la página, después de registrarse o iniciar sesión. O llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY: **711** para completarla por teléfono.

Apoyo al miembro

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

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

Vaya a MyHPNMedicaid.com para registrarse y acceder a la web de su cuenta del Centro de Miembros en línea. Este sitio web seguro contiene toda su información de salud en un solo lugar. Además de los detalles del plan, el sitio incluye herramientas útiles que pueden ayudarle a hacer lo siguiente:

- Encontrar un proveedor o una farmacia
- Buscar un medicamento en la Lista de medicamentos preferidos o Vademécum
- Obtener detalles de los beneficios
- Descargar un nuevo Manual para Miembros

Aspectos destacados del plan de salud

Aplicación móvil MyHPN

Administre fácilmente la información de su plan de salud en cualquier momento y lugar. Busque MyHPN en su tienda de aplicaciones y descárguela. A continuación, inicie sesión con su identificación de One Healthcare. Los usuarios nuevos tendrán que crear una cuenta. Utilice la aplicación MyHPN para averiguar quién está registrado como su proveedor de atención primaria (PCP), hablar con un miembro del personal de enfermería asesor, chatear por video con un proveedor, buscar un médico o una ubicación de atención, acceder a su tarjeta de identificación digital del plan de salud y verificar el estado de un referido o una autorización previa.

Los representantes de Servicios para Miembros están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Pueden ayudarle con sus preguntas o inquietudes, entre lo que se incluye lo siguiente:

- Comprender sus beneficios
- Encontrar un médico o una clínica de atención de urgencia
- Programar una cita con su PCP

Llame al **1-800-962-8074**, TTY **711**. También puede utilizar nuestros servicios de conserjería o personalizados. Visite nuestras oficinas y un miembro de nuestro equipo le ayudará con gusto. El horario de atención sin cita previa es de 9:00 a.m. a 1:00 p.m., de lunes a miércoles.

Nuestras oficinas están ubicadas en la siguiente dirección:

2720 N. Tenaya Way, Suite 102
Las Vegas, NV 89128

Programa de manejo de enfermedades

Si tiene una afección de salud crónica, como asma o diabetes, puede beneficiarse de nuestro Programa de manejo de enfermedades. Podemos ayudarle con varias cosas, como programar citas con el médico y mantener a todos sus proveedores informados sobre la atención que recibe. Para obtener más información, llame al **1-877-692-2059**.

Hay servicios de transporte disponibles

Los beneficiarios de Medicaid tienen a su disposición transporte que no sea de emergencia a servicios médicos y conductuales. Si necesita un traslado a una cita con el médico, haga su reserva una semana antes de la fecha programada de su cita médica. Para hacer su reserva, llame a MTM al **1-844-879-7341**, de 7:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes.

Aspectos destacados del plan de salud

UHC HPN Medicaid puede ayudarle con sus necesidades de transporte. UHC HPN Medicaid proporciona pases de autobús y traslados puerta a puerta que no sean de emergencia. Estos pueden utilizarse para acudir a citas médicas, para ir a la farmacia, para llegar al Departamento de Vehículos Motorizados (DMV), para acceder a programas de servicios sociales, y para recoger recursos necesarios como alimentos, vestimenta y productos para bebés. Los miembros deben trabajar con uno de nuestros administradores de casos o registrarse en uno de nuestros programas para calificar. El transporte que no sea de emergencia no es un beneficio disponible para los miembros con Nevada Check Up. Para obtener más información, inicie sesión en MyHPNMedicaid.com.

Hablamos su mismo idioma

Si usted habla un idioma diferente al inglés, podemos brindarle materiales impresos traducidos. Or we can provide an interpreter who can help you understand these materials. You'll find more information about Interpretive Services and Language Assistance in the section called Other Plan Details. Or call Member Services at **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Si usted habla un idioma que no sea inglés, podemos proporcionarle materiales impresos traducidos. O podemos proporcionar un intérprete que puede ayudar a entender estos materiales. Encontrará más información acerca de los servicios de interpretación y asistencia lingüística en la sección Otros detalles del plan. O llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Emergencias

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

Otros números importantes

Beneficios médicos	1-800-962-8074
Servicios de transporte de MTM para traslados que no sean de emergencia	1-844-879-7341
Línea de personal de enfermería	1-800-288-2264
de asesoramiento telefónico (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)	
Beneficios de farmacia	1-800-962-8074
Servicios de salud conductual	1-800-873-2246
NowClinic	1-877-550-1515

Transición desde otro plan de salud

Cuando se inscriba en UHC HPN Medicaid, asegúrese de verificar que su médico actual forme parte de nuestra red. De lo contrario, es posible que pueda seguir consultando a su médico mientras elige uno nuevo. Si actualmente está recibiendo atención, asegúrese de informarnos para que podamos ayudarle a realizar la transición a nuestro plan. Si está tomando medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan de salud, podemos aprobar su receta durante los primeros 60 días en nuestro plan. Asegúrese de hablar sobre cómo obtener una nueva receta de su médico. Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre el tratamiento durante los primeros 60 días, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Puede comenzar a usar su beneficio de farmacia de inmediato

Su plan cubre una extensa lista de medicamentos o medicamentos con receta. Los medicamentos cubiertos se muestran en la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) o Vademécum. La PDL es un subconjunto de todos los medicamentos cubiertos por el plan. Su médico utiliza estas listas para asegurarse de que los medicamentos que usted necesita tengan la cobertura de su plan. Es posible que UHC HPN Medicaid cubra otros medicamentos con una aprobación previa. Si su medicamento necesita aprobación previa, su proveedor de atención puede solicitarla por usted. Puede encontrar tanto la Lista de medicamentos preferidos como el Vademécum en línea en [MyHPNMedicaid.com](https://www.myhpnmedicaid.com). Puede buscar el nombre de un medicamento en el sitio web. Comenzar a surtir sus recetas es fácil. Aquí le mostramos cómo:

1. ¿Sus medicamentos están incluidos en la PDL o el Vademécum?

Sí

Si sus medicamentos están incluidos en la PDL o el Vademécum, está todo bien. Asegúrese de mostrarle a su farmacéutico su tarjeta de identificación de Medicaid del estado cada vez que surta sus recetas.

No

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

No sabe

Consulte la PDL o el Vademécum en línea en MyHPNMedicaid.com. También puede comunicarse con Servicios para Miembros. Estamos aquí para ayudarle.

2. ¿Tiene una receta?

Cuando tenga una receta de su médico o necesite resurtir su receta, vaya a una farmacia de la red. Muéstrela al farmacéutico su tarjeta de identificación del plan de salud UHC HPN Medicaid y su tarjeta de identificación de Medicaid del estado. Puede encontrar una lista de farmacias de la red en el Directorio de Proveedores en línea en MyHPNMedicaid.com o puede llamar a Servicios para Miembros.

Información importante para el farmacéutico

Solicitamos que procese esta reclamación del miembro de UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid con los siguientes datos:

N.º de identificación del beneficio: 610494

Número de control del procesador: 4700

Grupo: SIE

Si recibe un mensaje de que el medicamento del miembro necesita una autorización previa o no está en nuestro vademécum, llame a Servicios de Farmacia de UHC HPN Medicaid al **1-800-443-8197, opción n.º 6**.

Visitas al médico

Su médico de cabecera (PCP)

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

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

Tiene opciones

Puede elegir su PCP entre muchos tipos de proveedores de la red. Estos son algunos de los tipos de PCP:

- Médico de familia (también llamado médico general): atiende a niños y adultos
- Ginecólogo (Gynecologist, GYN): atiende a mujeres
- Médico de medicina interna (también llamado internista): atiende a adultos
- Personal de enfermería practicante (Nurse Practitioner, NP): atiende a niños y adultos
- Obstetra (Obstetrician, OB): atiende a mujeres embarazadas
- Pediatra: atiende a niños
- Asistente médico (Physician Assistant, PA): atiende a niños y adultos

Cómo elegir a su PCP

Si consultó a un médico antes de ser miembro de UHC HPN Medicaid, verifique si pertenece a nuestra red. Si está buscando un nuevo PCP, considere elegir uno que esté cerca de su hogar o trabajo. Esto puede hacer que sea más fácil llegar a las citas. También puede elegir un PCP que se alinee con sus preferencias culturales, raciales o de género.

¿Qué es un proveedor de la red?

Los proveedores de la red tienen contratos con UHC HPN Medicaid para brindarles atención a nuestros miembros. No necesita llamarnos antes de ver a uno de estos proveedores. Puede haber ocasiones en las que necesite obtener servicios fuera de nuestra red. Si un servicio cubierto y necesario no está disponible dentro de la red, estará cubierto fuera de la red y el costo para usted no será mayor que si se proporcionara dentro de la red. Si recibe servicios fuera de la red sin la autorización de UHC HPN Medicaid, es posible que deba pagar por esos servicios. Llame a Servicios para Miembros para saber si están cubiertos en su totalidad. Es posible que usted tenga que pagar esos servicios.

Disponibilidad de servicios

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

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY: **711**. Nos complace ayudarle a encontrar un PCP de la red que se ajuste a sus necesidades. Informe a su representante de Servicios para Miembros si tiene alguna preferencia de ubicación, idioma o cultura. También puede recibir una copia impresa gratuita del Directorio de Proveedores llamando a Servicios para Miembros.

Una vez que elija un PCP, llame a Servicios para Miembros y avísenos. Nos aseguraremos de que sus registros estén actualizados. Si no desea elegir un PCP, UHC HPN Medicaid puede elegir uno por usted, según su ubicación e idioma. También puede realizar este cambio en el Centro de Miembros en línea en member.healthplanofnevada.com.

Cómo cambiar su PCP

Es importante que su PCP le agrade y que confíe en él. Puede cambiar de PCP cuando lo desee. Llame a Servicios para Miembros, ingrese en línea o pase por nuestras oficinas para que podamos ayudarle a realizar el cambio.

Visitas al médico

Su Directorio de Proveedores

Encuentre la información más actualizada sobre proveedores de la red en [MyHPNMedicaid.com](https://www.myhpnmedicaid.com). Si el médico que le atiende actualmente está en la lista, puede seguir viéndole. Si desea obtener más información sobre cualquiera de los médicos de nuestra red o si necesita que le enviemos una copia impresa del Directorio de Proveedores por correo, llame al Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**.

Más información sobre los médicos de la red

Puede obtener información sobre los médicos de la red, como sus certificaciones de la junta, la facultad de medicina y los programas de residencia a los que asistieron, y los idiomas que hablan, en [MyHPNMedicaid.com](https://www.myhpnmedicaid.com) o llamando a Servicios para Miembros.

Chequeos anuales

La importancia de los controles anuales

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

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

Para mujeres

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

Para hombres

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

Visitas de bienestar del niño

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

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

Calendario de controles

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

De 3 a 5 días	15 meses
1 mes	18 meses
2 meses	24 meses
4 meses	30 meses
6 meses	3 años
9 meses	4 años
12 meses	Una vez al año después de los 5 años

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

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

Visitas al médico

Cómo mantener a sus hijos saludables a través del programa de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT)

Una de las cosas más importantes que puede hacer para mantener a sus hijos sanos es asegurarse de que se realicen controles regulares. Lleve a su hijo al médico temprano y con frecuencia; después de los cinco años, debe llevarlo anualmente para realizarle un examen de bienestar del niño y administrarle cualquier vacuna que necesite. El médico de su hijo le ayudará a organizar los controles y las vacunas adecuadas para cada grupo de edad del niño. Estos servicios son gratuitos. Si necesitas ayuda para programar una cita, llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY: **711**. O puede venir a nuestra oficina para obtener servicios presenciales de conserjería. El horario de atención sin cita previa es de 9:00 a.m. a 1:00 p.m., de lunes a miércoles. Nuestra oficina se encuentra en la siguiente dirección:

2720 N. Tenaya Way, Suite 102
Las Vegas, NV 89128

Controles especiales para niños del programa de EPSDT

Los niños menores de 21 años pueden acudir a visitas médicas de bienestar como parte del programa de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) de Medicaid de Nevada. Estas visitas se ofrecen para ayudar a sus hijos a mantenerse sanos, administrarles las vacunas necesarias, y detectar y tratar los problemas de salud de forma temprana. En la visita, se incluye lo siguiente:

- Una historia clínica
- Un examen físico
- Inmunizaciones (vacunas)
- Análisis de laboratorio
- Educación sobre la salud
- Servicios de la vista
- Servicios de audición
- Otros servicios de atención de la salud y tratamientos necesarios

Es muy importante que lleve a sus hijos al médico cuando deban realizarse estas pruebas especiales. UHC HPN Medicaid le avisará cuando sus hijos deban acudir para recibir estas pruebas de detección. Le enviaremos una postal por correo como recordatorio.

Programa Nevada Check Up

El Programa Nevada Check Up es la versión de Nevada del Programa de Seguro de Salud Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP) federal. Brinda servicios a niños desde el nacimiento hasta los 18 años. El programa está diseñado para familias que no califican para Medicaid y cuyos ingresos se encuentran por debajo del 200% del Nivel de Pobreza Federal (Federal Poverty Level, FPL).

El seguro Nevada Check Up es un seguro de salud integral que cubre servicios médicos, dentales, de la vista, de salud mental, terapias y hospitalización. La mayoría de las políticas y los requisitos de Medicaid (como autorización previa, etc.) son los mismos para Nevada Check Up.

Nevada Check Up no cubre el transporte que no sea de emergencia (Non-Emergency Transportation, NET). Liberty Dental proporciona el beneficio dental. Puede comunicarse con ellos llamando al 888-401-1128, TTY 877-855-8039. El único costo para la persona inscrita en Nevada Check Up es una prima trimestral. Las personas inscritas no tienen la obligación de pagar copagos, deducibles u otros cargos por los servicios cubiertos. Las primas trimestrales vencen en enero, abril, julio y octubre, y pueden prorratearse según la fecha de determinación de elegibilidad. Los indígenas estadounidenses que son miembros de las tribus reconocidas a nivel federal y los nativos de Alaska están exentos de las primas de Nevada Check Up.

Cómo programar una cita con su médico de cabecera

Llame directamente al consultorio de su médico. Cuando llame para programar una cita, asegúrese de informarle al personal del consultorio el motivo por el que acudirá. Esto le ayudará a asegurarse de recibir la atención que necesita, cuando la necesita. Esta es la rapidez con la que probablemente le atiendan:

Cuánto tiempo debería llevarle ver a su PCP:	
Citas con el PCP para atención de urgencia: cuando tiene una enfermedad, lesión o afección repentina que requiere atención de urgencia	En un plazo de dos (2) días calendario.
Citas con el PCP para atención de emergencia	El mismo día, o su PCP podría indicarle que vaya a una clínica de atención de urgencia.
Atención de rutina: para citas como controles de bienestar, pruebas de detección, exámenes anuales y vacunas	En un plazo de 2 semanas o 14 días.

Cómo prepararse para la cita con el médico de cabecera

Antes de la visita

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

Durante la visita

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

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

Personal de enfermería de asesoramiento telefónico: su recurso de información de salud las 24 horas

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

El personal de enfermería puede ofrecer información y apoyo para muchas situaciones e inquietudes relacionadas con la salud, entre ellas:

- Lesiones leves
- Enfermedades frecuentes
- Consejos de cuidado personal y opciones de tratamiento
- Diagnósticos recientes y afecciones crónicas
- Cómo optar por la atención médica adecuada
- Prevención de enfermedades

- Nutrición y actividad física
- Preguntas para hacerle a su proveedor
- Administración segura de medicamentos
- Salud de hombres, mujeres y niños

Quizá solamente sienta curiosidad acerca de un problema de salud y desee obtener más información. El personal de enfermería registrado con experiencia puede ofrecerle información, apoyo y educación para cualquier pregunta o inquietud relacionada con la salud.

El número del personal de enfermería de asesoramiento telefónico las 24 horas es 1-800-288-2264. Puede llamar al número gratuito del personal de enfermería de asesoramiento telefónico en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No hay límites respecto de la cantidad de veces que puede llamar.

Referidos y especialistas

Se realiza un referido cuando su PCP le indica que debe acudir a otro médico que se especializa en la atención de ciertas partes del cuerpo o que trata una afección específica. Este otro médico se denomina especialista. Es una buena idea consultar con su PCP antes de acudir a un especialista, ya que este profesional puede ayudar a coordinar sus necesidades médicas. Si su médico quiere que visite a un especialista que usted no desea ver, puede pedirle a su PCP que le dé el nombre de otro profesional. Estos son algunos de los tipos de especialistas:

- Cardiólogo: para problemas del corazón
- Neumólogo: para problemas pulmonares y respiratorios

No necesita un referido de su PCP para lo siguiente:

- Servicios de emergencia
- Salud conductual
- Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS): incluyen los exámenes anuales y hasta cinco visitas al ginecólogo (GYN) por año
- Exámenes de la vista de rutina
- Clases de educación, incluso clases para padres, para dejar de fumar y sobre el nacimiento

Defensor de miembros

El defensor de miembros es otra persona de UHC HPN Medicaid que puede ayudarle. El defensor de miembros puede hacer lo siguiente:

- Explicarle cómo funcionan las cosas en UHC HPN Medicaid; esto puede incluir cosas como presentar una queja formal, cambiar de coordinador de atención u obtener la atención que necesita.
- Derivarle al personal adecuado de UHC HPN Medicaid
- Ayudarle a resolver problemas relacionados con su atención

Para comunicarse con el defensor de miembros de UHC HPN Medicaid, llámenos al **1-800-962-8074**, TTY: **711**. Pida hablar con el defensor de miembros.

Cómo obtener una segunda opinión

Una segunda opinión es cuando usted desea consultar a un segundo médico por la misma inquietud de salud. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red para cualquiera de sus beneficios cubiertos. Esto es una elección personal. No es necesario que obtenga una segunda opinión. Si el tipo de médico que necesita no está disponible dentro de la red para una segunda opinión, coordinaremos una segunda opinión fuera de la red sin costo para usted, como si el servicio se proporcionara dentro de la red.

Autorizaciones previas

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

No necesita una autorización previa para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes que se prestan en una sala de emergencias, una unidad de observación, un centro de atención de urgencia o durante una hospitalización. Tampoco necesita una autorización previa para recibir servicios de emergencia. No la necesita para ver a un proveedor de atención médica de la mujer para consultarle sobre la salud de la mujer o si está embarazada.

Es posible que se necesite una autorización previa

Estos son algunos de los servicios que necesitan autorización previa:

- Admisiones hospitalarias
- Determinados procedimientos de diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios, incluidos los procedimientos de diagnóstico por imágenes de tomografías por emisión de positrones (positron emission tomography, PET)
- Algunos servicios de equipo médico duradero
- Algunos medicamentos con receta
- Cirugía de pérdida de peso

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

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

Servicios de salud conductual

Su salud mental es tan importante como su salud física. Su cobertura de salud conductual proporciona servicios de salud mental, servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias y recursos en línea para que los miembros mantengan una vida equilibrada y saludable.

Visitas al médico

Algunos de los servicios prestados incluyen los siguientes:

- Servicios de salud mental y de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias
- Servicios hospitalarios y ambulatorios
- Servicios de intervención en crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Servicios de apoyo de pares
- Servicios de administración de la atención

Apoyo al miembro

Queremos que obtenga el máximo beneficio de sus servicios de salud conductual de la manera más fácil posible.

Su equipo de salud conductual está disponible de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes, con servicios de intervención en crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Su equipo de apoyo puede ayudarle con sus preguntas o inquietudes. Esto incluye lo siguiente:

- Comprender sus beneficios
- Buscar un médico
- Programar una cita con su proveedor de salud conductual

Para acceder a los servicios o encontrar un proveedor de salud conductual, puede visitar [MyHPNMedicaid.com](https://www.myhpnmedicaid.com) o llamar a su equipo de salud conductual al 1-800-873-2246.

Cómo programar una cita con su proveedor de salud conductual

Llame directamente a la oficina de su proveedor. Cuando llame para programar una cita, asegúrese de informarle al personal del consultorio el motivo por el que acudirá. Esto le ayudará a asegurarse de recibir la atención que necesita, cuando la necesita.

Para acceder a los servicios o encontrar un proveedor de salud conductual, llame a su equipo de salud conductual al 1-800-873-2246.

* No se requiere un referido del PCP ni autorización previa para acceder a los servicios de salud mental y de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias.

Visitas virtuales de salud conductual

La terapia de salud conductual está disponible en cualquier lugar que sea conveniente para usted mediante el uso de una aplicación móvil segura, cámara web, chat o teléfono. Con NowClinic, puede hablar con un terapeuta de salud mental como lo haría en un consultorio. Los profesionales de salud mental de NowClinic pueden diagnosticar, y proporcionar recomendaciones de terapia y atención para la mayoría de los problemas de salud mental.

NowClinic también forma parte de los beneficios de su plan de salud y no tiene ningún costo para usted. Los servicios de NowClinic se ofrecen con cita previa y están disponibles para miembros de 18 años o más que busquen servicios de salud mental.* Para programar una cita, llame a la línea del equipo de salud conductual al **702-364-1484** o al 1-800-873-2246. Informe al miembro del equipo que responda su llamada que le interesan los servicios de NowClinic. Un miembro del equipo puede ayudarle a inscribirse o responder cualquier pregunta que tenga sobre NowClinic.

Para obtener asistencia adicional o si tiene alguna pregunta, llame al equipo de salud conductual al **702-364-1484** o al 1-800-873-2246. Las afecciones tratadas están sujetas a la discreción del proveedor de NowClinic. NowClinic no es un formato adecuado para tratar trastornos por consumo de sustancias, que pueden abordarse a través de nuestra amplia red de proveedores. Comuníquese con su equipo de salud conductual al **702-364-1484** o al 1-800-873-2246 para obtener ayuda.

* No se requiere un referido del PCP ni autorización previa para acceder a los servicios de salud mental y de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias dentro de la red.

Visitas al médico

Autorizaciones previas

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

Estos son algunos de los servicios que necesitan autorización previa:

- Hospitalizaciones
- Pruebas o evaluaciones psicológicas indicadas por un médico
- Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- Servicios de rehabilitación
- Visitas a un proveedor fuera de la red

No necesita autorización previa para los servicios de terapia de rutina ni para el manejo de medicamentos.

Continuidad de la atención si su proveedor abandona la red

A veces, los proveedores se retiran de la red. Si esto sucede con su proveedor, recibirá una carta de parte nuestra para informarle. En ocasiones, UHC HPN Medicaid pagará para que usted obtenga servicios cubiertos de sus médicos durante un breve período después de que estos se retiren de la red. Podría obtener continuidad de la atención y del tratamiento cuando su médico abandone la red si está recibiendo tratamiento activo por un problema médico grave. Para solicitar la continuidad de la atención, comuníquese con su proveedor. Pídale que solicite autorización para la continuidad de la atención y del tratamiento de su equipo de salud conductual.

Visitas virtuales

¡Obtenga atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin salir de su hogar! Con NowClinic, puede hablar con un proveedor de NowClinic como lo haría en un consultorio. Simplemente conéctese mediante una aplicación móvil segura, cámara web, chat o teléfono.

Los proveedores de NowClinic pueden diagnosticar, proporcionar recomendaciones de atención y recetar medicamentos, si corresponde*, para enfermedades frecuentes. No es necesario programar una cita y puede conectarse desde la comodidad de su hogar, su trabajo o en cualquier otro lugar que le resulte conveniente dentro del estado de Nevada.

NowClinic forma parte de los beneficios de su plan de salud y no tiene ningún costo para usted.

Para inscribirse, visite [NowClinic.com](https://www.nowclinic.com) o descargue la aplicación móvil NowClinic para dispositivos iOS® y AndroidSM desde la tienda en línea App StoreSM o Google PlayTM. Necesitará su tarjeta de identificación de Medicaid del estado de Nevada para completar el proceso de inscripción.

NowClinic puede ayudar con enfermedades comunes como las siguientes:

- Alergias
- Bronquitis
- Tos, resfrío
- Dolor de oídos
- Infección ocular,
- conjuntivitis, orzuelo
- Fiebre, escalofríos, secreción nasal
- Dolor de cabeza
- Laringitis
- Náuseas/vómitos
- Inflamación de la piel, erupción cutánea
- Dolor de garganta

Para obtener asistencia adicional o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**.

* Las afecciones tratadas están sujetas a la discreción del proveedor de NowClinic y pueden requerir una interacción visual como el uso de una cámara web. Puede ser necesario un video para emitir una receta.

Visita a domicilio de atención de urgencia

Rápidas. Eficaces. Convenientes. Las visitas a domicilio de atención de urgencia incluyen las herramientas necesarias para proporcionar atención médica avanzada en la comodidad de su hogar. Las visitas a domicilio de atención de urgencia son buenas para migrañas, cortes que necesitan puntos e infecciones cutáneas, infecciones de las vías urinarias, gripe y neumonía, deshidratación, colocaciones intravenosas y líquidos intravenosos, ataques de asma, EPOC, infecciones respiratorias, y mucho más. Para revisar sus síntomas con nuestro equipo médico y comprobar la disponibilidad, llame a nuestro número gratuito de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al **1-800-288-2264**, TTY **711**.

Si tiene una situación potencialmente mortal, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Servicios de transporte (que no sean de emergencia)

Los beneficiarios de Medicaid tienen a su disposición transporte que no sea de emergencia a servicios médicos y conductuales. Si necesita un traslado a una cita con el médico, haga su reserva una semana antes de la fecha programada de su cita médica. Para hacer su reserva, llame a MTM al 1-844-879-7341, de 7:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. El transporte que no sea de emergencia no es un beneficio disponible para los miembros con Nevada Check Up. Para obtener más información, inicie sesión en [MyHPNMedicaid.com](https://myhpnmedicaid.com).

UHC HPN Medicaid puede ayudarle con sus necesidades de transporte. UHC HPN Medicaid proporciona pases de autobús y traslados puerta a puerta que no sean de emergencia. Estos pueden utilizarse para acudir a citas médicas, para ir a la farmacia, para llegar al Departamento de Vehículos Motorizados (DMV), para acceder a programas de servicios sociales, y para recoger recursos necesarios como alimentos, vestimenta y productos para bebés. Los miembros deben trabajar con uno de nuestros administradores de casos o registrarse en uno de nuestros programas para calificar.

Transporte de emergencia

El transporte de emergencia es un beneficio cubierto para los miembros de UHC HPN Medicaid. Si tiene una emergencia médica, llame al **911**. Una ambulancia le llevará a un hospital para recibir atención médica de emergencia. Recuerde solo llamar al **911** para verdaderas emergencias médicas.

Hospitales y emergencias

Atención de emergencia

Las salas de emergencias de los hospitales ofrecen tratamiento de emergencia para traumatismos, lesiones graves y síntomas potencialmente mortales. Los motivos para acudir a la sala de emergencias incluyen, entre otros, los siguientes:

- Enfermedades graves
- Fracturas óseas
- Ataques cardíacos
- Intoxicación
- Cortes o quemaduras graves
- Dificultad para respirar

¡No espere!

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

UHC HPN Medicaid cubre cualquier atención de emergencia que reciba en los Estados Unidos y en sus territorios. Dentro de las 24 horas posteriores a su visita, llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY: **711**. Si es necesario, también debería llamar a su médico de cabecera e informarle sobre su visita para que pueda brindarle atención de seguimiento.

¿Qué es una emergencia?

Una afección médica de emergencia es una enfermedad, una lesión, un síntoma o una afección tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños. Si está embarazada, puede referirse a un daño a la salud suya o la de su bebé nonato.

Servicios de emergencia significa servicios cubiertos para pacientes hospitalizados o ambulatorios que son proporcionados por un proveedor calificado y necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Servicios de atención posteriores a la estabilización

La atención posterior a la estabilización se refiere a los servicios cubiertos, relacionados con una afección médica de emergencia, que se proporcionan después de que se haya estabilizado el problema médico. Los servicios de atención posteriores a la estabilización se proporcionan en el hospital o después del alta hospitalaria para mantener y mejorar la afección del miembro.

Atención de urgencia

Las clínicas de atención de urgencia están a su disposición cuando necesita ver a un médico por una afección que no pone en peligro la vida, pero su PCP no está disponible o el horario de atención de la clínica ha finalizado. Puede obtener atención en una ubicación independiente de atención de urgencia, como **Southwest Medical Associates (SMA)** o **clínicas de atención rápida de University Medical Center (UMC)**. Los problemas de salud frecuentes ideales para la atención de urgencia incluyen:

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

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

Fuera del horario de atención, llame a nuestro personal de enfermería de asesoramiento telefónico al **1-800-288-2264**. El personal de enfermería le ayudará a decidir cuál es el mejor lugar para obtener ayuda.

Servicios hospitalarios

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

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

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

Los servicios para pacientes internados requieren que se le admita (lo que se denomina admisión hospitalaria) en el hospital. El hospital se pondrá en contacto con UHC HPN Medicaid y pedirá una autorización para su atención. Si el médico que le admite en el hospital no es su PCP, debe llamar a este profesional y comunicarle que le admitirán en el hospital.

Visitas al hospital

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

No hay cobertura médica fuera de los Estados Unidos

Si se encuentra fuera de los Estados Unidos y necesita atención médica, cualquier servicio de atención de la salud que reciba no estará cubierto por UHC HPN Medicaid. Medicaid no puede pagar los servicios médicos que usted reciba fuera de los Estados Unidos.

Servicios de atención de la salud fuera del área

El área de servicio de UHC HPN Medicaid cubre los condados metropolitanos de Clark y Washoe. Cuando esté fuera del área de servicio durante una emergencia, debe solicitar atención en el centro de atención de urgencias o en la sala de emergencias del hospital más cercano. Deberá informarle al personal que es miembro de UHC HPN Medicaid. Además, infórmele al médico que fue a una sala de emergencias mientras estaba fuera del área de servicio.

Si recibe tratamiento por un problema médico y va a estar fuera del área de servicio durante más de unos días, informe a su médico. Si tiene alguna pregunta mientras se encuentra fuera del área de servicio, llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**.

Farmacia

Medicamentos con receta

Sus beneficios incluyen medicamentos recetados.

UHC HPN Medicaid cubre cientos de medicamentos con receta de cientos de farmacias. En la Lista de medicamentos preferidos (PDL) o en el Vademécum hay una lista de medicamentos que suelen estar cubiertos. Puede surtir sus medicamentos con receta en cualquier farmacia de la red. Lo único que tiene que hacer es mostrar su tarjeta de identificación del plan de salud UHC HPN Medicaid y su tarjeta de identificación de Medicaid del estado.

Medicamentos genéricos y de marca

UHC HPN Medicaid requiere que todos los miembros usen medicamentos genéricos. Los medicamentos genéricos tienen ingredientes similares a los medicamentos de marca; a menudo cuestan menos, pero funcionan igual.

En algunos casos, se cubre una cantidad limitado de medicamentos de marca. Estos se limitan a ciertas clases (o tipos) de medicamentos. Algunos de estos medicamentos pueden requerir una autorización previa de UHC HPN Medicaid.

¿Qué es la Lista de medicamentos preferidos o el Vademécum?

La **Lista de medicamentos preferidos (PDL)** es una lista de los medicamentos cubiertos en virtud de su plan. La PDL es un subconjunto de todos los medicamentos cubiertos por el plan. La lista completa de medicamentos cubiertos se denomina **Vademécum**. Puede encontrar tanto la PDL como el Vademécum en línea en [MyHPNMedicaid.com](https://www.MyHPNMedicaid.com).

Si el medicamento que le receta su médico no está en la PDL, es posible que UHC HPN Medicaid no lo pague o que el medicamento requiera una aprobación previa. Si esto es así, su médico puede llamar a nuestro Departamento de Servicios de Farmacia al **1-800-443-8197, opción n.º 6**, o enviar un fax de autorización previa al 1-800-997-9672. Puede encontrar el formulario en [MyHPNMedicaid.com](https://www.MyHPNMedicaid.com).

Aprobaremos o denegaremos la solicitud dentro de las 24 horas. Si se aprueba la solicitud, se les informará a usted y a su proveedor de atención sobre la decisión por escrito, incluido el tiempo de aprobación del medicamento. Si se deniega la solicitud, se les informará a

usted y a su proveedor de atención sobre la decisión por escrito. En el aviso de la decisión por escrito, se le indicará cómo y cuándo puede apelar esta decisión y cómo presentar un reclamo o una queja formal ante UHC HPN Medicaid.

Cambios en la Lista de medicamentos preferidos o el Vademécum

La lista de medicamentos cubiertos es controlada por el estado de Nevada en forma regular y puede cambiar cuando haya nuevos medicamentos genéricos disponibles.

Cómo surtir su receta

Como miembro de UHC HPN Medicaid, puede surtir sus recetas en cualquier tienda **Walmart, Sav-On, Albertsons, Vons, Safeway, Smiths, CVS/Target o Walgreens**. Si necesita ayuda para buscar una farmacia, pregunte en el consultorio del médico o llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**.

La entrega de medicamentos en el mismo día ya se encuentra disponible en el sur de Nevada. UHC HPN Medicaid y Walgreens ahora proporcionan entregas de medicamentos en el mismo día a los miembros del plan UHC HPN Medicaid a quienes se les haya recetado un medicamento durante una visita virtual de NowClinic. La entrega está disponible para los miembros de UHC HPN Medicaid en Las Vegas, el norte de Las Vegas y Henderson.

Medicamentos de venta libre (OTC)

UHC HPN Medicaid también cubre varios medicamentos de venta libre (over the counter, OTC). Un proveedor dentro de la red debe recetarle el medicamento de venta libre que necesita. El suministro está limitado a 30 días. Entonces, lo único que tiene que hacer es llevar su receta, la tarjeta de identificación del plan de salud UHC HPN Medicaid y la tarjeta de identificación de Medicaid del estado a cualquier farmacia de la red para surtir la receta. Los productos de venta libre incluyen los siguientes:

- Analgésicos
- Medicamentos para la tos
- Crema de primeros auxilios
- Medicamentos para el resfrío
- Anticonceptivos (distintos de las píldoras anticonceptivas)
- Vitaminas prenatales

Medicamentos inyectables

Los medicamentos inyectables son medicamentos administrados por inyección y son un beneficio cubierto. En algunos casos, deberá obtener una autorización previa para un medicamento inyectable. En algunos casos, deberá surtir el medicamento en una de nuestras farmacias especializadas.

Los “**medicamentos de especialidad**” son fármacos cubiertos orales, inyectables, de infusión o de inhalación de alto costo según lo identificado por el Comité de Farmacéutica y Terapéutica de UHC HPN Medicaid que son autoadministrados o administrados por un proveedor de atención médica y utilizados u obtenidos en un entorno ambulatorio o domiciliario. UHC HPN Medicaid puede derivarle a una farmacia del plan designada con la que UHC HPN Medicaid tenga un acuerdo para suministrar esos medicamentos de especialidad.

Farmacia principal

A algunos miembros de UHC HPN Medicaid se les asignará una farmacia principal (asignación cerrada). En este caso, los miembros deben surtir recetas en una única farmacia. Esto se basa en el uso previo de medicamentos, incluido el uso excesivo de beneficios de farmacia, narcóticos, ubicaciones de farmacia y otra información.

A los miembros de este programa se les enviará una carta con el nombre de la farmacia que deben usar. Si los miembros desean cambiar de farmacia, pueden llamar a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY: **711**.

Beneficios

Beneficios cubiertos por UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid

Beneficios médicos

Como miembro de UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid (UHC HPN Medicaid), usted obtiene todos los beneficios básicos de Medicaid sin costo. Su PCP coordinará su atención. Muchos de estos beneficios se consideran médicamente necesarios, lo que significa que los servicios son necesarios para lograr un crecimiento y desarrollo adecuados a la edad, y alcanzar, mantener o recuperar una función. Los servicios o suministros médicamente necesarios sirven para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y cumplen con los estándares de medicina aceptados. Deberá utilizar un centro de atención de la salud y un proveedor médico aprobados por UHC HPN Medicaid para recibir la mayoría de estos servicios, incluidos los siguientes:

Beneficio	Servicios incluidos
Servicios de ambulancia (solo para servicios de emergencia)	Ambulancia terrestre o aérea médicamente necesaria No incluye: transporte médico para casos que no sean de emergencia.

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos
Centros de cirugía ambulatoria	• Cirugías médicamente necesarias que se pueden realizar de forma ambulatoria en las que el miembro puede volver a casa de forma segura en un plazo de 24 horas o menos No incluye: cirugías cosméticas, envoltura con tejido de aneurisma abdominal, embolectomía pulmonar con catéter transvenoso, derivación arterial extracraneal-intracraneal, reconstrucción mamaria solo con fines estéticos (permitida después de una mastectomía), cingulotomía estereotáctica, LASIK y otras cirugías oculares para tratar trastornos de la visión, implantes no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), cirugía de reasignación de género, cocleostomía con trasplante neurovascular para la enfermedad de Meniere, cirugías o procedimientos que no sean médicamente necesarios, que sean ineficaces o que estén en investigación.
Análisis conductual aplicado (ABA)	• Cobertura para menores de 21 años • Debe tener un diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA) y ser médicamente necesario • Debe contar con autorización previa No incluye: servicios que no cumplen los criterios de necesidad médica, servicios utilizados para reembolsar al padre/la madre/el tutor por la participación en el plan de tratamiento, servicios prestados por el padre/la madre/el tutor, servicios que son repetitivos en virtud de un Plan de Servicios Familiares Individualizado (Individual Family Service Plan, IFSP) o un Plan de Educación Individual (Individual Education Plan, IEP), terapia vocacional, terapia recreativa, servicios de descanso, servicios de cuidado infantil, servicios de educación, terapia equina, hipoterapia, servicios de consulta telefónica; la coordinación de la atención y la planificación del tratamiento que se facturan independientemente del servicio directo y los servicios de ABA no se pueden reembolsar el mismo día que otros servicios de rehabilitación de salud mental. Esta lista no incluye todo.

Beneficio	Servicios incluidos
Toxina botulínica tipo A (botox)	Las inyecciones están cubiertas para ciertas afecciones espásticas, como parálisis cerebral, accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, lesiones de la médula espinal y esclerosis múltiple
Quiropraxia	- El tratamiento se limita a lo siguiente cuando se refiere a través del Programa de bienestar de bebés o niños (Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos): – Visitas al consultorio – Fisioterapia – Radiografías – Manipulación de la columna vertebral
Ensayos clínicos	- Los miembros de cualquier edad pueden participar en cualquier fase de un ensayo clínico. - Los miembros con una enfermedad diagnosticada son elegibles para ensayos clínicos calificados que prueban nuevos artículos o servicios médicos. - Se cubren los servicios de rutina o los elementos que forman parte del ensayo clínico. No incluye: ensayos que prueban exclusivamente la toxicidad o la fisiopatología de la enfermedad, ensayos que prueban intervenciones terapéuticas en voluntarios sanos, servicios que no están cubiertos en virtud de Medicaid de Nevada.
Implantes cocleares	- Evaluación auditiva, implantación quirúrgica del dispositivo, atención y servicio de seguimiento - Equipo y suministros con algunos límites - Reparaciones, ajustes y reemplazo con algunos límites - Daños o pérdidas, se requiere seguro en el momento del implante

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos
Servicios para la diabetes	• Capacitación para el control de la diabetes • Suministros para la diabetes con algunos límites • Bomba de insulina
Equipo médico duradero	Equipos y suministros para fines médicos. • Pueden incluir, entre otros: tanques concentradores de oxígeno, respiradores, sillas de ruedas, muletas y bastones, dispositivos ortopédicos, dispositivos protésicos, marcapasos y suministros médicos • Es posible que se requiera una autorización previa No incluye: equipo de lujo cuando el equipo estándar satisface las necesidades, motonetas, oxígeno líquido, aires acondicionados, deshumidificadores, humidificadores, asientos de automóvil, ascensores, ascensores de escaleras, equipos de ejercicio, equipos domésticos, equipos de higiene, elevadores motorizados para vehículos, rampas, dispositivos de tracción, unidades de electroestimulación nerviosa transcutánea (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator, TENS) y agarradores. Reemplazo de equipos perdidos, dañados o robados. Esta lista no incluye todo.
Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT)	• Limitado a miembros menores de 21 años • Incluye antecedentes de salud y desarrollo, examen sin vestimenta, inmunizaciones, procedimientos de laboratorio, educación sobre la salud, pruebas de la vista y la audición
Servicios de sala de emergencias (dentro y fuera del plan)	• Servicios hospitalarios y médicos para emergencias médicas • Servicios posteriores a la estabilización para emergencias médicas
Enfermedad renal en etapa terminal	• Hemodiálisis, diálisis peritoneal y otros procedimientos de diálisis • Ciertos suministros nutricionales

Beneficio	Servicios incluidos
Suministros y servicios de planificación familiar	• Visitas al consultorio médico • Asesoramiento • Exámenes físicos • Dispositivos y suministros anticonceptivos • Ligaduras de trompas y vasectomías para personas elegibles de 21 años o más • Abortos diferidos No incluye: servicios de infertilidad, reversión de servicios de esterilización, histerectomías y abortos, a menos que la vida de la madre estuviera en peligro si el embarazo se llevase a término o si el embarazo fuera resultado de una violación o de incesto.
Cirugía de derivación gástrica	• Cobertura para miembros que cumplan los criterios No incluye: cobertura para mujeres embarazadas, mujeres que hayan tenido un parto hace menos de 6 meses o mujeres que planeen quedar embarazadas dentro de los 18 a 24 meses posteriores a la cirugía de derivación gástrica.
Servicios de reasignación de género	• Cobertura para miembros que cumplan los criterios No incluye: cirugía para miembros menores de 18 años, cirugías de reversión, o cirugías o procedimientos estéticos.
Audífonos y servicios	• Audífonos y suministros relacionados • Pruebas y reparaciones de audífonos • Reemplazo de audífonos rotos/perdidos solo si están cubiertos por el seguro adquirido con los audífonos originales • Reemplazo de moldes auriculares perdidos o dañados solo para menores de 21 años No incluye: unidad combinada de gafas/audífonos, reemplazo de moldes auriculares para miembros mayores de 21 años, reemplazo de audífonos perdidos/rotos si el reemplazo no está cubierto por el seguro adquirido con los audífonos originales.

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos
Atención de la salud en el hogar	• Servicios de enfermería especializada con límites • Visitas de fisioterapia, visitas de terapia ocupacional, visitas de terapia del habla, visitas de terapia respiratoria • Visitas a nutricionistas matriculados • Servicios de atención personal limitados con un servicio especializado según lo solicite un médico No incluye: relevo, servicios domésticos, de acompañante, de trabajo social o de niñera, y suministros personales de rutina.
Inmunizaciones: de 0 a 21 años	• Todas las vacunas infantiles cubiertas en virtud del programa de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos, incluidas la vacuna contra la varicela, TDaP, gripe, hepatitis A, B y C, HiB MMR, VPH, neumonía, poliomielitis, rotavirus y meningitis, y las vacunas de viaje correspondientes
Inmunizaciones: mayores de 21 años	• Tétanos, rabia, gripe, neumonía, hepatitis B y VPH entre los 9 y los 26 años, y vacunas de viaje correspondientes
Servicios hospitalarios para pacientes internados	• Ingresos en cuidados agudos, incluida toda la atención médica, las pruebas, la cirugía y la anestesia necesarias cuando lo solicite un médico • Servicios hospitalarios para pacientes internados fuera del estado para emergencias y cuando la atención no esté disponible en el área de servicio • Estadías de observación hasta 48 horas • Estadías con reconversión de camas hasta 45 días No incluye: estadías con reconversión de camas de más de 45 días, cuando la afección médica o las necesidades de tratamiento no cumplen con las guías de atención aguda o se pueden proporcionar servicios en un entorno menos restrictivo, ciertos días administrativos.

Beneficio	Servicios incluidos
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios y hospitalizados	• Evaluaciones físicas, ocupacionales o del habla • Terapia física, ocupacional o del habla médicamente necesaria con límites • Tratamiento con oxígeno en dosis altas para heridas No incluye: terapia no médicamente necesaria y artículos de comodidad personal.
Servicios de laboratorio	Incluye todas las pruebas diagnósticas médicamente necesarias. • Hay algunas pruebas que pueden requerir autorización previa • Pruebas de biomarcadores para el diagnóstico, el tratamiento, el manejo y el monitoreo continuo del cáncer • No necesita autorización previa para emergencias • No necesita autorización previa para consultar a un proveedor de atención médica de la mujer para recibir servicios de salud de la mujer o si está embarazada No incluye: exámenes posteriores a la muerte, pruebas de fertilidad y pruebas del mismo medicamento con una muestra de sangre y orina al mismo tiempo.

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos
Terapia nutricional médica (MNT)	Esta terapia la proporciona un nutricionista matriculado para ayudar a controlar enfermedades basadas en la dieta. No necesita autorización previa. Se necesita un referido, que debe incluir análisis de laboratorio, medicamentos e información sobre las afecciones actuales. Incluye los siguientes beneficios: • Evaluación inicial de la nutrición y el estilo de vida • Asesoramiento nutricional individual o grupal • Visitas de intervención de seguimiento para supervisar el progreso en el control de la dieta • Reevaluaciones según sea necesario durante el episodio de atención de 12 meses consecutivos para garantizar el cumplimiento del plan de alimentación • Máximo de cuatro horas en el primer año • Máximo de dos horas por período de 12 meses consecutivos en años posteriores • Los servicios se pueden proporcionar en un entorno grupal; en el entorno grupal, se aplican las mismas limitaciones de servicios • La terapia nutricional médica (Medical Nutrition Therapy, MNT) solo está cubierta para el control de la diabetes, la obesidad, las cardiopatías y las afecciones relacionadas con la hipertensión • La terapia nutricional médica puede proporcionarse a través de servicios de telesalud • Pueden aplicarse limitaciones de servicio adicionales

Beneficio	Servicios incluidos
Suministros médicos	• Suministros médicos desechables para tratar una afección médica, incluidas jeringas y agujas para personas diabéticas, apósitos, compresas, pañales para miembros mayores de 3 años (el uso de múltiples tipos de ropa interior para la incontinencia, pañales o ropa interior protectora en cualquier combinación de talles no puede superar el límite máximo de 100 unidades o 186 unidades por mes, según el artículo, sin autorización previa), artículos de catéteres e irrigación, suministros para ostomía, solución salina, guantes estériles y no estériles • Se autoriza el suministro de un mes a la vez No incluye: pañuelos sanitarios, apósitos adhesivos, cosméticos, artículos de higiene personal, alcohol desinfectante, peróxido de hidrógeno, Neosporin y otros preparados tópicos.
Servicios de salud mental y de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias	• Servicios de salud mental y de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados • Servicios de rehabilitación • Asesoramiento para pacientes ambulatorios • Pruebas o evaluaciones psicológicas indicadas por un médico • Terapia de intervención en crisis • Servicios de administración de casos • Programas de tratamiento asistido con medicamentos (Medication Assisted Treatment, MAT)

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos
Atención ocular para miembros de 0 a 21 años	• Examen y anteojos cada 12 meses • Reparaciones y reemplazo de anteojos dañados • Lentes ligeras para equilibrar el peso de los anteojos • Lentes de vidrio o plástico • Bifocales y trifocales en algunos casos • Lentes de contacto para el tratamiento de una afección médica • Marco de plástico o metal No incluye: anteojos de sol o lentes cosméticas; lentes de contacto; reemplazo de lentes; lentes multifocales mixtas o progresivas; lentes de plástico ultraligeras para adultos; costo de una garantía extendida para reparar/reemplazar anteojos/marcos con adornos, monturas de gafas que se acoplan o actúan como soporte para audífonos; cualquier procedimiento quirúrgico para mejorar la visión, cuando la visión es buena con anteojos.

Beneficio	Servicios incluidos
Atención ocular para miembros mayores de 21 años	- Examen y anteojos cada 12 meses Excepción a la regla de los 12 meses: después de cirugía de cataratas, glaucoma, diabetes - Reparaciones y reemplazo de anteojos dañados o perdidos (con autorización previa) - Lentes ligeras para equilibrar el peso de los anteojos - Lentes de vidrio o plástico, tintadas cuando sea médicamente necesario - Lentes de seguridad con visión en un solo ojo - Bifocales y trifocales en algunos casos - Lentes de contacto para el tratamiento de una afección médica No incluye: anteojos de sol o lentes cosméticas; lentes de contacto; reemplazo de lentes; lentes multifocales mixtas o progresivas; lentes de plástico ultraligeras para adultos; costo de una garantía extendida para reparar/reemplazar anteojos/marcos con adornos, monturas de gafas que se acoplan o actúan como soporte para audífonos; cualquier procedimiento quirúrgico para mejorar la visión, cuando la visión es buena con anteojos.
Ortopedia	Artículos necesarios para enderezar o corregir una deformidad, como soportes, zapatos especiales, medias elásticas, soportes/corsés lumbares, férulas, collares cervicales y prendas para quemaduras.
Terapia parenteral	- Administración de líquidos con vitaminas y nutrientes a través de las venas - Bomba de infusión, de a una por vez - Un kit de suministro y un kit de administración por día No incluye: apoyo nutricional para ancianos, lactantes con alergias que pueden consumir leche maternizada de soja, dietas para diabéticos y suplementos de dietas para úlceras.

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos
Servicios de cuidado personal	Ayuda médicamente necesaria para lo siguiente: • Bañarse, asearse o vestirse • Ir al baño • Transferir y ubicar a personas que no pueden caminar o tienen dificultades para hacerlo • Alimentarse Los servicios se pueden proporcionar en el hogar, en ubicaciones fuera del hogar o dondequiera que se produzca la necesidad del servicio. Deben realizarse de acuerdo con el plan de servicios aprobado. Deben contar con autorización previa; se aplican limitaciones de servicio. Cualquier cambio que no aumente el total de horas autorizadas puede realizarse, para comodidad del miembro, en el plazo de una semana sin una autorización adicional. No incluye: tareas que una persona puede realizar por su cuenta, servicios prestados por cuidadores dispuestos, tareas que no se incluyen en el plan de servicio aprobado, servicios para mantener un hogar y servicios prestados a una persona que no sea el destinatario previsto.

Beneficio	Servicios incluidos
Farmacia (se requiere el uso de medicamentos genéricos a menos que el médico solicite un medicamento de marca con una solicitud de autorización previa)	• Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos y que forman parte de la Lista de medicamentos de Medicaid de Health Plan of Nevada • Elementos de planificación familiar, como preservativos, diafragmas, anticonceptivos orales, espumas y geles • Medicamentos de venta libre solicitados por el médico • Vitaminas prenatales • Productos para dejar de fumar No incluye: medicamentos para la supresión del apetito o la pérdida de peso, medicamentos para la fertilidad, medicamentos utilizados con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello, medicamentos que se utilizan para un diagnóstico o a una dosis/frecuencia que no está aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), reemplazo de medicamentos perdidos, robados, dañados o destruidos, medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil o disfunción sexual, medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos o envases de dosis unitarias de medicamentos con receta.
Consultas y servicios de médicos, asistentes médicos y personal de enfermería practicante (quirúrgicos y no quirúrgicos)	• Visitas médicamente necesarias al consultorio de atención primaria y del especialista • Servicios de atención de urgencia • Servicios de la sala de emergencias • Servicios para diagnosticar y tratar una enfermedad o lesión • Servicios preventivos cubiertos por el Programa de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos • Atención de bienestar del niño • Vacunas • Exámenes de aptitud física para deportes • Atención de bienestar de la mujer

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos
Podología	• Visitas al consultorio, visitas a domicilio, visitas al hospital, visitas a la sala de emergencias, visitas a hogares para ancianos • Procedimientos quirúrgicos – Cirugías múltiples – Procedimientos de infección fúngica – Aplicación de yesos/tiras/cinta adhesiva Estos procedimientos están cubiertos cuando los realiza un podólogo para el tratamiento de fracturas, dislocaciones, esguinces, distensiones y heridas abiertas (relacionados con el ámbito de práctica del podólogo). • Servicios para tratar la infección e inflamación – Se permite el corte de uñas, el corte o la eliminación de durezas y callos si hay presencia de infección o inflamación No incluye: atención preventiva, como limpieza y remojo de los pies, aplicación de cremas. Atención de los pies de rutina en ausencia de infección o inflamación. • La atención de los pies de rutina incluye el corte de uñas, y el corte o la eliminación de durezas y callos • La atención preventiva y la atención de los pies de rutina pueden proporcionarse a través de hospitales ambulatorios, personal de enfermería de práctica avanzada, médicos, doctores en osteopatía y asistentes médicos/asistentes médicos certificados

Beneficio	Servicios incluidos
Servicios de embarazo y maternidad	• Visitas al médico o a una enfermera partera certificada para recibir atención y pruebas prenatales • Atención especializada para complicaciones • Servicios de parto en un hospital o centro de maternidad • Atención posparto • Tratamiento para parto prematuro • Tratamiento de abortos incompletos, diferidos o sépticos, cuando sea médicamente necesario • Abortos para interrumpir embarazos resultantes de una violación o incesto
Prótesis y suministros protésicos	• Artículos necesarios para reemplazar partes del cuerpo faltantes, como extremidades y ojos artificiales • Ajustes y reparaciones • Reemplazo cuando lo solicite un médico No incluye: pruebas y limpieza de rutina.
Servicios de radiología (radiografías)	• Servicios de radiografías médicamente necesarios solicitados por un médico, como imágenes por resonancia magnética o tomografías por emisión de positrones, ecografías • Densidad mineral ósea cada dos años, cuando lo indique un médico • Mamografías anuales para mujeres de 40 años o más
Centros Residenciales de Tratamiento (RTC)	Toda la atención médicamente necesaria para los miembros de Medicaid y Nevada Check Up que son admitidos en un Centro Residencial de Tratamiento (Residential Treatment Center, RTC).

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos
Atención en un centro de enfermería especializada	Toda la atención médicamente necesaria durante los primeros 180 días. Medicaid de Nevada cubre el costo de la atención a partir del día 181. La atención de enfermería especializada es proporcionada por personal de enfermería con licencia que puede proporcionar ayuda con al menos tres aspectos de los siguientes: 1. Medicamentos 2. Tratamiento o necesidades especiales 3. Asistencia para actividades de la vida diaria 4. Supervisión 5. Asistencia para actividades fundamentales de la vida diaria
Servicios quirúrgicos	• Cirugías médicamente necesarias • Servicios en centros ambulatorios/para pacientes hospitalizados/para pacientes ambulatorios • Servicios médicos • Servicios de asistencia quirúrgica • Servicios de anestesia, incluido personal de enfermería anestesista • Las circuncisiones para recién nacidos menores de 1 año no requieren autorización previa • Las circuncisiones que no sean para recién nacidos requieren autorización previa No incluye: procedimientos estéticos que no sean médicamente necesarios para mejorar el aspecto.

Beneficio	Servicios incluidos
Transporte	• Solo transporte de emergencia (consulte la sección Servicios de ambulancia) • Costo de comidas y alojamiento cuando se viaja para recibir servicios médicos o mientras se recibe atención médica No incluye: transporte que no sea de emergencia a servicios médicos, transporte a servicios no cubiertos, viaje para visitar a un paciente hospitalizado, transporte de una persona fallecida, transporte entre instalaciones y costo de alquiler de automóviles. Nota: El transporte que no sea de emergencia y el costo de las comidas y el alojamiento cuando se viaja para recibir servicios médicos o mientras se recibe atención médica es un beneficio cubierto por Medicaid, pero no forma parte del programa Nevada Check Up de UHC HPN Medicaid. Se ofrecerán medios de transporte menos costosos.
Trasplantes (órganos)	• Para miembros de 21 años o más, la cobertura se limita a trasplantes de riñón, hígado, córnea y médula ósea médicamente necesarios • Para miembros menores de 21 años, cualquier trasplante de órganos médicamente necesario que no sea experimental • Se cubren los servicios de búsqueda y compatibilidad de donantes de médula ósea familiares y no relacionados • Comidas y alojamiento en los viajes de ida y vuelta, y mientras se reciben servicios médicos, y transporte para recibir servicios médicos • Llame a MTM al 844-879-7341 para coordinar estos servicios No incluye: trasplantes en algunas enfermedades y etapas de enfermedades, trasplantes de órganos experimentales, trasplantes de órganos que no marcarán la diferencia en la salud del paciente y trasplantes de órganos que no sean seguros.

Beneficios

Esta es solo una lista básica de los servicios médicos cubiertos que puede recibir de UHC HPN Medicaid. Los servicios que no están permitidos por el Programa Medicaid del estado de Nevada están excluidos de la cobertura.

La página web de Medicaid de Nevada proporciona una opción de búsqueda de tarifas para ver una lista de los servicios que cubre el Programa Medicaid del estado de Nevada. Se puede acceder al sitio web en <https://www.medicaid.nv.gov/hcp/provider/Resources/SearchFeeSchedule>.

Tenga en cuenta que debe contar con la aprobación de su PCP y de UHC HPN Medicaid antes de recibir algunos servicios de salud. Estos incluyen visitas a especialistas y estadías en el hospital. Su PCP o nuestros defensores de miembros están disponibles para responder las preguntas que usted pueda tener sobre estos servicios. No dude en llamar a Servicios para Miembros al 1-800-962-8074 o pasar por nuestras oficinas para obtener asistencia de conserjería en persona. El horario de atención sin cita previa es de 9:00 a.m. a 1:00 p.m., de lunes a miércoles. Nuestras oficinas están ubicadas en 2720 N. Tenaya Way, Suite 102, Las Vegas, NV 89128.

Nota especial sobre los servicios de planificación familiar

Los servicios de planificación familiar ayudan a las personas en edad fértil que no desean quedar embarazadas. Estos servicios incluyen:

- Asesoramiento
- Diversos tipos de anticonceptivos, incluidos suministros de anticonceptivos de venta libre y con receta

Puede obtener servicios de planificación familiar:

- De su PCP, o
- De cualquier médico, clínica o centro de planificación familiar que reciba pacientes de Medicaid.

No es necesario obtener servicios de planificación familiar de un médico del Directorio de Proveedores de UHC HPN Medicaid. No necesita un referido de su PCP, pero lleve su tarjeta de identificación de Medicaid del estado. **Informe siempre a su PCP cuando esté tomando píldoras anticonceptivas o usando otros métodos de planificación familiar.** Los servicios de infertilidad no están cubiertos para los miembros de Medicaid.

Nota especial sobre los beneficios para la salud mental y el abuso de sustancias

La salud mental es tan importante como la salud física. El beneficio de salud conductual de UHC HPN Medicaid proporciona servicios de salud mental, servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias y recursos en línea para que los miembros mantengan una vida equilibrada y saludable.

Algunos de los servicios prestados por el beneficio de salud conductual de UHC HPN Medicaid incluyen los siguientes:

- Servicios de salud mental y de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias
- Servicios hospitalarios y ambulatorios
- Servicios de intervención en crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana

No se requiere un referido del PCP ni autorización previa para acceder a los servicios de salud mental y de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias dentro de la red. Para acceder a los servicios y obtener ayuda para encontrar un proveedor en su área, comuníquese con nosotros al **702-364-1484** o al número gratuito **1-800 873-2246**.

Beneficios

Es importante que su terapeuta le agrade y que confíe en él. Puede cambiar de terapeuta en cualquier momento. Llámenos y podemos ayudarle a hacer el cambio.

Si actualmente experimenta una emergencia potencialmente mortal, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana inmediatamente.

Beneficios adicionales especiales para los miembros de UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid

UHC HPN Medicaid proporciona varios beneficios adicionales para ayudar a cada uno de los miembros de nuestro plan a mantenerse sanos y saludables. Los siguientes son ejemplos de beneficios para usted.

- **Transporte no médico**

UHC HPN Medicaid ofrece traslados en autobús o puerta a puerta que no sean de emergencia para acudir a citas médicas, a la farmacia o al Departamento de Vehículos Motorizados (DMV), para acceder a programas de servicios sociales y para recoger recursos necesarios como alimentos, vestimenta y productos para bebés. El miembro deben trabajar con uno de nuestros administradores de casos o registrarse en uno de nuestros programas para calificar. Los miembros de Medicaid y Nevada Check Up pueden calificar.

- **Servicios para Miembros: 1-800-962-8074**

Dirección de la oficina: 2720 N. Tenaya Way, Suite 102, Las Vegas, NV 89128

Nuestro amable personal le ayudará con cualquier pregunta que tenga sobre sus beneficios. Ellos pueden ayudarle si tiene problemas para recibir atención de la salud. También debe informarles sobre cualquier sugerencia o queja formal que tenga.

- **Equipo de salud conductual: 1-800-962-8074**

Como miembro del plan de salud, puede llamar a nuestro amable personal de salud conductual si tiene preguntas sobre sus beneficios o si busca un proveedor de salud conductual. También debe informarles sobre cualquier sugerencia o queja formal que tenga.

- **Personal de enfermería de asesoramiento telefónico las 24 horas: 1-800-288-2264**

Tener un hijo enfermo o enfermarse usted mismo puede ser muy aterrador a mitad de la noche. Pero como miembro de UHC HPN Medicaid, puede llamar a nuestro personal de enfermería de asesoramiento telefónico. El personal de enfermería puede decirle qué debe hacer para resolver su problema y si debe realizar un seguimiento con su PCP. Además, puede llamar al personal de enfermería si tiene preguntas que no cree que sean lo suficientemente graves como para consultar con su médico.

- **Teléfonos inteligentes**

Puede presentar una solicitud para recibir un teléfono inteligente gratuito con minutos mensuales gratuitos. Dependiendo del plan que elija, tendrá mensajes de texto ilimitados y las llamadas realizadas al personal de enfermería de asesoramiento telefónico las 24 horas no contarán para sus minutos gratuitos. De vez en cuando, recibirá mensajes de texto de nuestra parte con recordatorios y consejos de salud. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**.

- **NowClinic**

¡Obtenga atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin salir de su hogar! Con NowClinic, puede hablar con un proveedor de NowClinic como lo haría en un consultorio. Simplemente conéctese mediante una aplicación móvil segura, cámara web, chat o teléfono. No necesita una cita y puede conectarse fácilmente desde la comodidad de su hogar, su trabajo o cualquier otro lugar que le resulte conveniente. Para obtener más información sobre NowClinic, llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**. Para obtener más información sobre la salud conductual de NowClinic, llame al **1-800-873-2246**.

- **Manejo de enfermedades**

Permita que nuestro equipo de personal de enfermería registrado le ayude a aprender la mejor manera de autocontrolar su diabetes o su asma. Nuestro programa de control de la enfermedad de la diabetes incluye llamadas telefónicas semanales de un miembro del personal de enfermería especializado en diabetes que puede ayudarle a comprender mejor cómo tomar sus medicamentos, el papel que desempeña la nutrición saludable y el ejercicio en el control de la diabetes, y el significado de sus resultados de laboratorio. El programa para la diabetes está disponible para cualquier adulto con diabetes tipo 1 o tipo 2. Nuestro programa de control de la enfermedad del asma le permite hablar con un miembro del personal de enfermería registrado especializado en asma que le ayudará a aprender cómo autocontrolar mejor su asma en el hogar. Aprenda a tomar sus medicamentos para el asma correctamente e identifique los desencadenantes de su asma. El programa para el asma está disponible para cualquier persona con asma a partir de los 5 años. Para programar una cita para hablar con un miembro del personal de enfermería registrado sobre su diabetes o su asma, llame a nuestro equipo de manejo de enfermedades al 1-877-692-2059.

Beneficios

- **Educación de salud y bienestar**

Como miembro de Health Plan of Nevada, tiene acceso a nuestro equipo de nutricionistas matriculados y asesores de salud para ayudarle a vivir su vida de la forma más saludable posible.

Puede asistir a clases o hablar con uno de nuestros nutricionistas matriculados o asesores de salud sobre temas como los siguientes:

- Nutrición y cáncer
- Diabetes
- Ejercicio
- Salud del corazón
- Lactancia
- Nutrición y actividad física
- Embarazo
- Dejar de fumar
- Control del peso
- Nutrición saludable para niños de 2 a 17 años
- Prediabetes

Comuníquese con un defensor de la salud al 1-800-720-7253 para obtener más información, o para programar su consulta o clase gratuita. Puede encontrar más información sobre nuestras ofertas de educación de salud y bienestar en nuestro sitio web, MyHPNMedicaid.com. Haga clic en el enlace “Necesito ayuda con...” y luego haga clic en “Educación de salud y bienestar”.

Servicios y atención durante el embarazo

Usted y su bebé en gestación son muy especiales. Estamos aquí para ayudarle durante su embarazo y después del nacimiento de su bebé para que ambos estén fuertes y sanos. Es muy importante para su salud y para su bebé consultar con un médico al principio del embarazo. La mejor manera de darle al bebé un buen comienzo en la vida es recibir atención prenatal de inmediato.

Atención para usted durante el embarazo

Informe a su médico si tiene previsto tener un bebé o si está embarazada. Si cree que podría estar embarazada, pero no está segura, su médico puede hacerle una prueba rápida y fácil para averiguarlo.

Si está embarazada, elija un obstetra del Directorio de Proveedores de UHC HPN Medicaid. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**. Le ayudaremos a elegir un obstetra. Estos médicos están especialmente capacitados para brindar atención a mujeres embarazadas y para asistir el parto.

Programa una cita para ver a su obstetra de inmediato para realizarse un control completo.

Él o ella le dirá qué esperar durante el embarazo, y cómo cuidarse usted misma y a su bebé en gestación. Su obstetra comprobará si el bebé en gestación podría necesitar atención especial. También se mantendrá en contacto con su PCP en caso de que tenga otras necesidades de salud.

Aplicación de apoyo para el embarazo y bebés recién nacidos: Tummy2Toddler

Controle su embarazo en cada hito y trimestre.

Esta aplicación le ayuda a mantenerse sana en cada paso del embarazo. Es fácil de usar: solo tiene que ingresar la fecha de parto prevista y la fecha de nacimiento, y Tummy2Toddler establece los hitos de su embarazo.

Obtenga orientación para los padres durante los primeros dos años de su bebé.

La aplicación Tummy2Toddler, centrada en el desarrollo de la primera infancia y la salud de los padres, pasa sin problemas del embarazo a la paternidad. Simplemente deslice el dedo entre las vistas de salud para administrar las necesidades de salud de su familia.

Programas educativos para futuras mamás

Si está embarazada, llame a nuestro equipo de administración de casos obstétricos al **1-877-487-6659**. El personal de enfermería registrado responderá cualquier pregunta que pueda tener y le enviará información sobre cómo llevar un embarazo saludable. También puede asistir a una sesión individual gratuita con un asesor certificado en lactancia (Certified Lactation Consultant, CLC) durante o después del embarazo para hablar de temas como los siguientes:

- Nutrición
- Ejercicio
- Seguridad para usted y el bebé
- Aumento de peso adecuado
- Estrés, emociones y cambios hormonales
- Lactancia materna y alimentación con fórmula

Beneficios

Programa de recompensas por embarazo saludable

Puede recibir hasta \$60 en tarjetas de regalo si se inscribe en el “Programa de recompensas por embarazo saludable” y completa las visitas prenatales y posparto que califican. Comuníquese con el equipo de administración de casos obstétricos al 1-877-487-6659 para obtener más detalles.

Un calendario de visitas prenatales saludables consta de 14 visitas durante el embarazo. La siguiente guía es una herramienta de referencia.

9.º mes de embarazo	Se necesita 1 visita prenatal
8.º mes de embarazo	Se necesitan 5 visitas prenatales
7.º mes de embarazo	Se necesitan 7 visitas prenatales
6.º mes de embarazo	Se necesitan 8 visitas prenatales
5.º mes de embarazo	Se necesitan 9 visitas prenatales
4.º mes de embarazo	Se necesitan 11 visitas prenatales
3.º mes de embarazo	Se necesitan 12 visitas prenatales
2.º mes de embarazo	Se necesitan 13 visitas prenatales
1.º mes de embarazo	Se necesitan 14 visitas prenatales

Información sobre la lactancia

La lactancia materna proporciona beneficios para la salud tanto de los bebés como de las madres. La lactancia materna puede ayudar a reducir el riesgo de cardiopatía, cáncer de ovario, diabetes tipo 2 y cáncer de mama de la madre. Los bebés que se amamantan tienen un menor riesgo de padecer asma, obesidad, infecciones de oídos y respiratorias, diabetes tipo 2 y síndrome de muerte súbita del lactante (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS).

Sacaleches: Hay extractores de leche y suministros disponibles para personas que amamantan bebés hasta los 12 meses. Los extractores eléctricos y manuales están cubiertos, así como las bolsas de recolección y almacenamiento desechables para la leche materna.

- **Miembros del sur de Nevada:** se requiere una receta de su obstetra. Envíela por fax al Departamento de Equipo Médico Duradero (DME) de Southwest Medical al **702-242-7703**.

- **Miembros del norte de Nevada:** llame a Edgepark Medical Supplies al número gratuito **1-800-321-0591**, extensión **7499**.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cómo recibir un sacaleches, llame al número gratuito **1-844-851-7830**, TTY **711**.

Cómo evitar un nacimiento prematuro

Los bebés prematuros tienen muchos problemas de salud desde el nacimiento y durante muchos años más tarde. Para evitar tener un bebé prematuro, es importante saber sobre el parto prematuro. El parto prematuro se produce antes de la semana 37 del embarazo. Los signos de parto prematuro son los siguientes:

- Dolores similares a los menstruales
- Contracciones
- Dolor lumbar
- Presión abdominal, en los muslos o en la espalda
- Aumento o cambio en la secreción vaginal
- Líquido amniótico (bolsa de agua)

Si experimenta signos de parto prematuro, llame a su obstetra de inmediato.

Hay tratamientos disponibles para detener el trabajo de parto prematuro, lo que le ayudará a tener un bebé sano a término.

Llegada de su bebé

Probablemente tendrá a su bebé en el hospital. Su obstetra, u otro médico con el que trabaje, asistirá el parto del bebé. Algunas madres quieren que una enfermera partera certificada asista el parto del bebé. Si desea que una enfermera partera certificada asista el parto de su bebé, pídale a su PCP que le ayude a buscar a alguien en el Directorio de Proveedores de UHC HPN Medicaid. Para buscar un proveedor, puede iniciar sesión en nuestro sitio web, MyHPNMedicaid.com.

Tristeza después del parto

Los bebés necesitan mucha atención, pero usted también. Algunas mujeres padecen depresión posparto después del nacimiento del bebé. Algunos signos de la depresión posparto son sentirse triste, llorar mucho, tener problemas para dormir o simplemente no sentirse bien. Si tiene alguno de estos síntomas, llame a su médico o al equipo de salud conductual de UHC HPN Medicaid al **1-800-873-2246**.

Beneficios

Anticonceptivos después del nacimiento del bebé

El cuerpo debe descansar después del embarazo. Los embarazos demasiado cercanos aumentan las probabilidades de tener un bebé prematuro o de bajo peso al nacer. Se recomienda que espere al menos un año antes de quedar embarazada nuevamente. Hable con su médico sobre los métodos anticonceptivos adecuados para usted.

Un comienzo saludable para su bebé recién nacido

Su bebé recién nacido queda inscrito automáticamente en Health Plan of Nevada cuando nace. **Asegúrese de llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-962-8074 para informar el nacimiento de su hijo tan pronto como llegue a casa del hospital. También debe llamar a su asistente social de la Oficina de Bienestar para informar el nacimiento de su bebé.** Si no informa el nacimiento, es posible que sea responsable de pagar la atención médica de su bebé.

Una de las cosas más importantes que deberá hacer inmediatamente después del parto es elegir un médico para su bebé. Debe realizarle un control a su bebé dentro de las dos semanas posteriores al nacimiento; las circuncisiones de los niños normalmente se realizan en esa visita.

Su bebé necesitará más visitas de bienestar durante los dos primeros años de vida, y las vacunas son parte de estas visitas. Es muy importante que lleve al bebé a las visitas de bienestar recomendadas y que este reciba las vacunas. En la siguiente sección, “Cómo mantener a sus hijos saludables”, se proporciona más información sobre estas visitas y vacunas.

Si necesita ayuda para elegir un médico para su bebé, llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074** o visite nuestro sitio web para obtener la versión más reciente del Directorio de Proveedores en [MyHPNMedicaid.com](https://www.myhpnmedicaid.com). Nuestro personal le ayudará a encontrar un médico para su bebé. Puede elegir un pediatra o un médico de familia. Háganos saber su elección llamando al **1-800-962-8074**. Si no recibimos noticias suyas, le asignaremos un médico a su bebé. Puede cambiar el médico de su hijo llamando a Servicios para Miembros.

Administración de la atención

Si usted tiene una afección de salud crónica, UHC HPN Medicaid tiene un programa para ayudarle a vivir con su afección y mejorar su calidad de vida. Estos programas son voluntarios y están disponibles para usted. Estos programas le proporcionan información importante sobre su afección de salud, medicamentos, tratamientos y la importancia de las visitas de seguimiento con su médico.

Un equipo de personal de enfermería registrado, trabajadores sociales y trabajadores de salud comunitarios trabajará con usted, su familia, su PCP, otros proveedores de atención médica y recursos comunitarios para diseñar un plan de atención que satisfaga sus necesidades en el entorno más adecuado. También pueden ayudarle a programar citas con su médico y recordarle las pruebas especiales que pueda necesitar.

Usted o su médico puede llamarnos para preguntar si nuestros programas de administración de la atención podrían ayudarle. Si usted o su médico cree que un administrador de la atención podría ayudarle o si desea más información sobre nuestros programas de administración de la atención, llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**.

Servicios que recibe directamente a través de Medicaid de Nevada

Algunos servicios que Medicaid paga no forman parte de su paquete de beneficios de UHC HPN Medicaid. Utilizará su tarjeta de Medicaid para obtener estos servicios de cualquier médico, dentista o centro que reciba pacientes de Medicaid. No es necesario que consulte primero a su médico o dentista.

Algunos servicios que obtiene directamente a través de Medicaid son los siguientes:

- **Servicios subsidiados basados en el hogar o la comunidad**
- **Transporte médico que no sea de emergencia:** transporte para recibir atención médica y dental cuando no se trate de una emergencia
- **Servicios en Centros de Atención Intermedia para Personas con Discapacidades Intelectuales** (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, CF/ID)
- **Servicios de salud escolares:** para determinados niños que tienen un plan de educación individual de modo que puedan recibir atención especial en la escuela

Beneficios

- **Clínicas Tribales y de Servicios de Salud para Indígenas**
- **El costo de la atención que recibe antes de convertirse en miembro de Health Plan of Nevada:** la División de Financiamiento y Política de Atención de la Salud (Division of Health Care Financing and Policy, DHCFP) continuará decidiendo si debe pagar los servicios de salud que recibió mientras estaba inscrito en la modalidad de pago por servicio de Medicaid
- **El costo de la atención en un centro especializado,** como una institución para personas con discapacidad intelectual
- **Servicios para personas que necesitan atención a largo plazo,** como permanecer en un hogar para ancianos durante más de 180 días
- **Servicios de rehabilitación de transición:** ayuda a las personas lesionadas o discapacitadas a aprender o volver a aprender las habilidades necesarias para la vida diaria
- **Servicios dentales:** servicios para detectar y corregir problemas en los dientes
Liberty Dental proporciona este servicio. Llámelos al 888-401-1128, TTY 877-855-8039 si tiene preguntas sobre la cobertura dental o para buscar un dentista.

Si tiene preguntas sobre estos servicios, comuníquese con su asistente social de la División de Bienestar del estado de Nevada al 1-800-992-0900.

Otros detalles del plan

Cómo encontrar un proveedor de la red

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

Visite MyHPNMedicaid.com para obtener la información más actualizada. Haga clic en “Buscar un médico/una farmacia”.

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY **711**. Podemos buscar proveedores de la red para usted. O, si lo desea, podemos enviarle un Directorio de Proveedores por correo.

Directorio de Proveedores

Tiene un directorio de proveedores disponible en su área. El directorio incluye nombres, direcciones, números de teléfono, calificaciones profesionales, especialidades y estado de certificación de la junta médica de nuestros proveedores dentro de la red.

La información de los proveedores se modifica con frecuencia. Visite nuestro sitio web para obtener el listado más actualizado en MyHPNMedicaid.com. Haga clic en “Buscar un médico/una farmacia” para buscar un proveedor en nuestro directorio de búsqueda en línea.

Si desea recibir una copia impresa de nuestro directorio, llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY: **711**, y le enviaremos una sin cargo por correo dentro de los 5 días hábiles.

Recuperación del patrimonio de Medicaid

Cuando se inscribe en una Organización de Atención Administrada (Managed Care Organization, MCO), tiene 55 años o más y está sujeto a recuperación del patrimonio de Medicaid en caso de fallecimiento, tenga en cuenta que todos los pagos de primas (cargos por capitación) realizados por Medicaid a la Organización de Atención Administrada están

Otros detalles del plan

sujetos a recuperación por parte de Medicaid según la Sección 3810 del Manual Estatal de Medicaid de los Centros de Medicaid y Medicare, y se incluirán además de cualquier otro pago de Medicaid como reclamo contra su patrimonio sucesorio. Medicaid no puede recuperar de los patrimonios de los beneficiarios fallecidos de Medicaid si hay un cónyuge sobreviviente, un hijo menor de 21 años, o un hijo con discapacidad o ciego de cualquier edad. Además, los copagos de las Partes A y B de Medicare pagados después del 1.º de enero de 2010 no son recuperables.

Si recibe una factura por servicios

Para no tener que pagar por los servicios, es muy importante que siga las reglas al momento de recibir atención médica. Debe recibir atención de los médicos y otros proveedores médicos que figuran en el Directorio de Proveedores de UHC HPN Medicaid. Debe obtener un referido de su PCP para consultar a un especialista u obtener ciertos servicios. La única excepción es una emergencia médica.

También es importante conocer sus beneficios. Si recibe atención médica que no es un beneficio de Medicaid, es posible que se le facturen esos servicios. Por ejemplo, si elige un par de anteojos que cuestan más que el beneficio, deberá pagar la diferencia. El proveedor le pedirá que firme una declaración en la que indique que pagará el servicio. Si la firma y recibe el servicio, deberá pagar la factura y no recibirá un reembolso de UHC HPN Medicaid ni de Medicaid estatal.

Los servicios recibidos fuera del país no están cubiertos por los beneficios de Medicaid. UHC HPN Medicaid no pagará por estos servicios. **También puede recibir una factura por la atención médica que recibe su bebé recién nacido si no le informa a su asistente social que tuvo un bebé.**

Otro seguro de salud (Coordinación de Beneficios o COB)

Si usted o alguien de su familia tiene otro seguro médico, debe llamar a Servicios para Miembros y notificarnoslo. Por ejemplo, si trabaja y tiene un plan de salud en el trabajo o si sus hijos tienen seguro de su otro padre o madre, llame a Servicios para Miembros.

Si tiene otro seguro, UHC HPN Medicaid y su otro plan compartirán los costos de su atención. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits, COB)**. En conjunto, ambos planes no pagarán más del 100 por ciento de la factura.

Si pagamos toda la factura y la otra parte debería haber pagado parte de esta, nos comunicaremos con el otro plan. Por ejemplo, si sufre lesiones en un accidente automovilístico, es posible que el seguro de automóvil pague algunas de sus facturas. No recibirá una factura por los servicios cubiertos. Nosotros la recibiremos. Si recibe una factura por error, llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Cómo actualizar su información

Para asegurarse de que la información personal que tenemos de usted sea correcta, informe a su trabajador de elegibilidad de la División de Servicios de Asistencia y Bienestar (DWSS) si es necesario realizar cambios en la siguiente información y cuándo:

- Estado civil
- Dirección
- Nombre del miembro
- Número de teléfono
- Si queda embarazada
- Tamaño de la familia (nacimiento, muerte, etc.)
- Otro seguro médico

Llame a la División de Servicios de Asistencia y Bienestar (DWSS) si hay cambios en esta información. UHC HPN Medicaid necesita actualizar los registros para informarle sobre nuevos programas, enviarle recordatorios sobre controles de salud y enviarle por correo postal boletines informativos para miembros y otra información importante.

- Para el norte de Nevada: **775-684-7200**
- Para el sur de Nevada: **702-486-1646**
 - Opción 1 en inglés, opción 2 en español
 - Opción 5 para hablar con un agente

Otro seguro

Si tiene algún otro seguro, llame a Servicios para Miembros y háganoslo saber.

- Si es miembro de UHC HPN Medicaid, su otro seguro médico deberá pagar las facturas de atención de la salud primero.
- Cuando reciba atención, muestre siempre su tarjeta de identificación de Medicaid del estado y su tarjeta de identificación de miembro de su otro seguro.

Consentimiento informado

Consentimiento significa que usted le dice “sí” al tratamiento. El consentimiento informado significa lo siguiente:

- Que se le explicó el tratamiento y usted lo comprende
- Que usted dijo que sí antes de obtener algún tratamiento
- Que es posible que deba dar su consentimiento por escrito
- Que si no desea recibir el tratamiento, su PCP le informará sobre otras opciones
- Que tiene el derecho de decir sí o no

Privacidad de los registros

UHC HPN Medicaid se toma muy en serio las leyes y los asuntos de privacidad. Contamos con las medidas de seguridad necesarias para proteger su información. No compartimos información privada sin su consentimiento por escrito a menos que exista un motivo legal para hacerlo.

Proteger la privacidad de su información médica

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información médica (Health Information, HI). También podemos recopilar información sobre su raza, origen étnico e idioma (race, ethnicity and language, REL), así como orientación sexual e identidad de género (sexual orientation and gender identity, SOGI). Protegemos estos datos de REL y SOGI con las mismas protecciones que su HI. Esta información médica puede ser verbal, escrita o electrónica. Nuestros empleados y proveedores de servicios solo obtienen acceso a sus datos cuando es necesario para ciertos fines. Tenemos derecho a usar sus datos para actividades como pago, tratamiento o administración de su atención. Esto incluye compartir sus datos con su proveedor o centros médicos, como un hospital. También podemos usar esta información para crear programas especiales, evaluar disparidades de salud y diseñar materiales de marketing para invitarlo a un programa de control de enfermedades, bienestar u otro programa. Sus datos de REL y SOGI nunca se usarán para la denegación de servicios, cobertura y beneficios. Tampoco se divulgará a personas no autorizadas.

Si tiene preguntas sobre cómo usamos y protegemos su información médica, de REL y SOGI, llame a Servicios para miembros al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Cómo pagamos a nuestros proveedores

UHC HPN Medicaid les paga a los PCP, especialistas, hospitales y todos los demás tipos de proveedores de la red cada vez que estos ven a nuestros miembros. Esto se conoce como pago por servicio. Si tiene alguna pregunta sobre los reembolsos de proveedores o programas de incentivo, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY: **711**.

Administración de la utilización

UHC HPN Medicaid no quiere que reciba poca atención o atención que realmente no necesita. También debemos asegurarnos de que la atención que recibe sea un beneficio cubierto. Las decisiones sobre la atención se basan únicamente en la adecuación de la atención y la cobertura. Utilizamos un proceso llamado administración de la utilización (utilization management, UM). Nos ayuda a asegurarnos que reciba la atención adecuada en el momento y lugar correctos.

Solo los médicos y farmacéuticos realizan el proceso de administración de la utilización. No recompensamos a nadie por decir que usted no necesita atención. No damos incentivos a nuestros revisores por decisiones que deriven en una atención insuficiente. Si tiene preguntas sobre la administración de la utilización, hable con el personal de administración de casos de Medicaid. Llame durante el horario de atención habitual. Se encuentran disponibles servicios de asistencia con el idioma y TTY 711.

Programa de calidad

Nuestro programa de calidad le puede ayudar a mantenerse saludable al trabajar con su médico. Le recuerda que debe realizarse pruebas preventivas y aplicarse vacunas. Les enviamos recordatorios a usted y a sus proveedores. Estos incluyen pruebas de detección de plomo, pruebas de Papanicolaou, mamografías y vacunas que evitan enfermedades, como poliomielitis, paperas, sarampión y varicela.

UHC HPN Medicaid utiliza los estándares HEDIS® (Healthcare Effectiveness Data and Information Set [Conjunto de Información y Datos sobre la Efectividad de la Atención de la Salud]) para medir cómo nos está yendo con nuestro programa de calidad. HEDIS proporciona puntuaciones de rendimiento para ayudar a las personas a comparar planes de atención administrada. HEDIS estudia varias áreas, como atención prenatal y prevención de enfermedades.

Otros detalles del plan

UHC HPN Medicaid desea asegurarse de que usted esté conforme con los servicios que recibe de su médico y de nosotros. Para lograrlo, observamos los datos de CAHPS®. CAHPS significa Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). Esta encuesta incluye preguntas para ver cuán conforme está respecto de la atención que recibe. Si recibe una encuesta para miembros por correo, complétela y envíenosla.

UHC HPN Medicaid analiza los resultados de HEDIS y CAHPS. Luego, compartimos los resultados con nuestros proveedores. Trabajamos con proveedores para asegurarnos de que los servicios contribuyan a su atención de la salud de manera positiva.

Si desea conocer más sobre el programa de calidad, llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY: **711**.

Seguridad del paciente y protección contra la discriminación

La seguridad del paciente es muy importante para nosotros. Aunque no dirigimos la atención, queremos asegurarnos de que nuestros miembros reciben atención segura. Realizamos un seguimiento de la calidad de la atención, desarrollamos guías sobre la atención segura y proporcionamos información sobre la seguridad del paciente. También trabajamos con hospitales, médicos y demás para mejorar la coordinación entre los centros de atención. Si desea obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Guías sobre prácticas clínicas y nueva tecnología

UHC HPN Medicaid brinda guías clínicas a nuestros proveedores. Estas contienen información sobre la mejor forma de proporcionar atención para algunas afecciones. Cada guía es un estándar de atención en la profesión médica. Esto significa que otros médicos están de acuerdo con ese enfoque.

Si tiene alguna pregunta sobre las guías clínicas de UHC HPN Medicaid o le gustaría recibir una copia de las guías, llame a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, TTY: **711**. También puede encontrar las guías clínicas en nuestro sitio web en MyHPNMedicaid.com.

Evaluación de nueva tecnología

Algunas prácticas y tratamientos médicos no han probado ser eficaces todavía. UHC HPN Medicaid revisa a nivel nacional las nuevas prácticas, tratamientos, pruebas y tecnologías para decidir sobre la cobertura. La revisión está a cargo de un comité de UHC HPN Medicaid formado por médicos, personal de enfermería, farmacéuticos y expertos invitados. Ellos toman la decisión final sobre la cobertura. Si desea obtener más información, llámenos al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Directrices anticipadas

La ley de Nevada establece que usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención de la salud si tiene 18 años o más, siempre y cuando pueda hacerlo. Si se enferma, su médico le informará cuál es el problema, los tipos de tratamiento que puede elegir y qué podría pasar si no recibe atención. Tiene derecho a rechazar la atención, incluso si su médico considera que usted la necesita para salvar su vida.

A veces, cuando las personas están muy enfermas, no pueden tomar decisiones ni decirles a los médicos lo que desean. Por ejemplo, si no hay esperanza de que vuelvan a sentirse bien, algunas personas no quieren que el médico las mantenga vivas alimentándolas por una sonda o conectadas a máquinas. Si se siente de esa manera, **es muy importante que le diga a su médico y a su familia cuáles son sus deseos mientras aún está sano y es capaz de decirles. Esto se hace mediante una “directriz anticipada” por escrito.**

Existen diferentes tipos de directrices anticipadas:

- Un **“testamento vital”** es una declaración por escrito que les informa al médico y a su familia qué tipo de atención de la salud desea, o no desea recibir, si usted no puede decírselos.
- Un **“poder notarial médico permanente”** es un documento firmado que nombra a alguien de su elección para tomar decisiones de atención de la salud por usted si no puede tomar sus propias decisiones.
- Una **orden de no reanimar (Do Not Resuscitate, DNR)** es una instrucción dada a su médico de que no desea que se tomen medidas para salvar su vida si su corazón o su respiración se detienen.

Una directriz anticipada debe ser un documento escrito y usted debe firmarla. También debe estar firmado por un notario público o por otras dos personas como testigos. Asegúrese de que su familia y su PCP tengan copias para que sepan cómo ayudarle. Su directriz anticipada se conservará en sus registros médicos.

Otros detalles del plan

Puede cambiar su directriz anticipada en cualquier momento. Asiente el cambio por escrito de la misma manera que lo hizo la primera vez. Asegúrese de que su médico y su familia conozcan el cambio. Asegúrese de incluir la fecha para que los demás sepan qué directriz es la más reciente. Si es necesario, puede tener ambos tipos de directrices anticipadas. Y, si lo desea, **no es necesario tener una directriz anticipada.** Depende totalmente de usted.

Queremos saber qué tipo de atención médica desea. Si desea realizar una directriz anticipada, un abogado puede escribir una para usted. Si no puede consultar con un abogado, el personal del consultorio de su PCP tiene formularios y puede ayudarle. O bien, puede llamar al personal de Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**.

Las leyes federales y estatales permiten que su médico, o incluso una institución completa, como un hospital, se oponga a su directriz anticipada debido a creencias morales o religiosas. Cada médico o institución puede oponerse a diferentes directrices anticipadas. Si esto sucede, la ley de Nevada le exige a su médico que le informe y transfiera su atención a otro médico. Si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un médico, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**.

Si tiene algún reclamo sobre la información de las directrices anticipadas, llame a la División de Financiamiento y Política de Atención de la Salud (DHCFP) al **1-800-360-6044** o al **1-877-453-7669**.

UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid no discrimina a los miembros por tener o no tener directivas anticipadas.

Fraude, malgasto y abuso (FWA)

Fraude significa mentir con conocimiento de que la mentira podría resultar en un beneficio para alguien. El malgasto y el abuso son prácticas que resultan en un costo innecesario para los programas de salud o en el pago de servicios que no son médicamente necesarios. UHC HPN Medicaid hace todo lo posible por identificar, prevenir e investigar el fraude, el malgasto y el abuso (fraud, waste and abuse, FWA). También es su derecho y responsabilidad informarnos si se entera de un fraude, malgasto o abuso. Llame a nuestra Línea de consejos sobre fraude en la atención de la salud al 1-866-242-7727 o envíe un correo electrónico a HPNFWA@sierrahealth.com si se entera de alguna de las siguientes situaciones:

- Falsificación de reclamaciones/encuentros
- Alteración de una reclamación
- Doble facturación
- Facturación de servicios no prestados
- Denegación del acceso a servicios/beneficios
- Incumplimiento por no referir a servicios necesarios
- Fraude de elegibilidad del miembro
- Abuso físico
- Abuso mental
- Abuso emocional
- Negligencia
- Incumplimiento por no informar la responsabilidad de terceros
- Tergiversación de afección médica
- Y otros tipos de fraude, malgasto o abuso

También puede escribir a:

UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid
P.O. Box 15645
Las Vegas, NV 89114-5645
Attn: Medicaid Compliance Officer, 2720-5

Qué hacer si tiene una apelación o una queja formal

Cómo pueden ayudarle los representantes de Servicios para Miembros:

Llame y hable con un defensor de miembros siempre que tenga un problema de cualquier tipo con UHC HPN Medicaid o cualquiera de nuestros médicos, proveedores o servicios. El número de teléfono es **1-800-962-8074**.

Otros detalles del plan

Nuestro equipo de Servicios para Miembros está aquí para ayudarle. Podemos ayudarle a completar los formularios y prepararse para la audiencia. Esta ayuda incluye diferentes formas para que usted comprenda la información como intérpretes y ayudas si es sordo o ciego. Usted tiene derecho, como miembro de UHC HPN Medicaid, a presentar una apelación o queja formal.

Apelaciones

Tiene derecho a presentar una **apelación** en el transcurso de 60 días a partir de la recepción de una notificación por cualquiera de los siguientes problemas:

- Los servicios cubiertos que usted solicitó fueron rechazados o limitados.
- Los servicios cubiertos que recibía se redujeron, suspendieron o detuvieron.
- Se denegó parte o la totalidad del pago por un servicio que recibió.
- Su solicitud de servicios cubiertos no se respondió en forma oportuna.
- UHC HPN Medicaid no resuelve su queja formal o apelación de manera oportuna.

Existen dos tipos de apelaciones que puede presentar:

Estándar (30 días): usted puede solicitar una apelación estándar. Le enviaremos una carta para informarle que recibimos su apelación **dentro de los cinco días calendario**. Debemos informarle nuestra decisión por escrito, a más tardar, 30 días después de recibir su apelación. Podemos extender este plazo hasta 14 días si usted solicita una extensión, o si necesitamos información adicional y la extensión le beneficia. Si no está de acuerdo con el plazo extendido, puede presentar una queja formal ante UHC HPN Medicaid.

Acelerada (revisión en 72 horas): puede solicitar una apelación acelerada si su médico cree que su salud podría verse gravemente perjudicada por esperar demasiado tiempo por una decisión y está dispuesto a apoyar esta apelación.

Debemos decidir sobre una apelación rápida, a más tardar, 72 horas después de haber recibido su apelación. Podemos extender este plazo hasta 14 días si usted solicita una extensión o si solicitamos una extensión al estado para obtener información adicional y la extensión le beneficia.

Si no está de acuerdo con el plazo extendido, puede presentar una queja formal ante UHC HPN Medicaid. Le llamaremos siempre que sea posible para informarle sobre la decisión. Si no podemos comunicarnos con usted, le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión en el transcurso de dos días a partir de la toma de la decisión. Si desea que su proveedor solicite una apelación en su nombre, UHC HPN Medicaid debe recibir su aprobación por escrito.

Si decidimos que su solicitud de una apelación acelerada no cumple con los requisitos, se cambiará a una apelación estándar. Le informaremos verbalmente, siempre que sea posible, y le enviaremos un aviso por escrito en el transcurso de dos días calendario. Si algún médico solicita una apelación acelerada en su nombre o le ayuda a solicitar una, y el médico indica que esperar 30 días podría dañar gravemente su salud, automáticamente le daremos una apelación acelerada.

¿Qué incluyo en mi apelación?

Puede llamar a Servicios para Miembros para presentar una apelación o escribir a Servicios para Miembros con su nombre, dirección, número de identificación de miembro, motivos de la apelación y cualquier evidencia que desee adjuntar. Puede enviar registros médicos de respaldo, cartas de los médicos u otra información que explique por qué debemos proporcionarle el servicio. Llame a su médico si necesita esta información para ayudarlo con la apelación. Puede enviar esta información o presentarla en persona si lo desea, o puede autorizar a otro adulto a hacerlo en su nombre.

Cómo presentar una apelación estándar: usted o su representante autorizado pueden llamar para presentar una apelación oral o enviar por correo o entregar su apelación en persona y por escrito a:

UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid
2720 North Tenaya Way
P.O. Box 14865
Las Vegas, NV 89114-4865

El horario de atención sin cita previa es de 9:00 a.m. a 1:00 p.m., de lunes a miércoles.

Las apelaciones estándares pueden presentarse llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes.

Otros detalles del plan

Quiénes pueden presentar una apelación:

- Usted, el miembro adulto
- El padre/la madre o el tutor de un miembro menor de edad
- Una persona designada por usted para actuar como su representante autorizado
- Un proveedor que actúa en su nombre como representante autorizado (se requiere el consentimiento por escrito para apelaciones estándares)

Debe dar su permiso por escrito para que alguien presente una apelación por usted.

Cómo presentar una apelación acelerada: usted, su médico que actúa en su nombre o su representante autorizado deben comunicarse con nosotros por teléfono o por fax:

Número de fax: **702-266-8813**

TTY/TTD: **1-800-349-3538**

Número gratuito: **1-800-962-8074**

Si su médico actúa en su nombre, debe enviar su consentimiento por escrito a UHC HPN Medicaid.

Formulario de apelación

Este formulario le ayuda a presentar una apelación. Puede completar el formulario y enviárnoslo o llamar a Servicios para Miembros al **1-800-962-8074** para presentar una apelación.

UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid

Attn: Customer Response and Resolution Department

P.O. Box 14865

Las Vegas, NV 89145

Su solicitud de presentar una apelación debe recibirse en el transcurso de 60 días a partir de la fecha que figura en la carta de denegación.

Use letra de imprenta

Nombre del miembro _____

Identificación del miembro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____

Número de teléfono _____

Descripción del servicio denegado _____

Fecha de denegación _____

Comparta la información que desea que se tenga en cuenta en su apelación y por qué cree que el plan debería aprobar su solicitud:

Adjunte cualquier evidencia que desee que consideremos durante el proceso de apelación.

Representante autorizado (si lo tiene) _____

Complete el Formulario de designación de representante autorizado.

Firma del miembro _____ Fecha _____

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Formulario de designación de representante autorizado

Es posible que alguien actúe en su nombre en una apelación. La persona que indique a continuación será su representante autorizado. No podemos hablar con ninguna persona en su nombre hasta que recibamos su aprobación por escrito. Envíe su aprobación por escrito a:

UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid

Attn: Customer Response and Resolution Department

P.O. Box 14865

Las Vegas, NV 89145

I, _____ Deseo que la siguiente persona actúe por mí en
(Nombre del miembro, mi apelación.
en letra de imprenta)

Entiendo que la información de salud personal relacionada con mi apelación puede entregarse a mi representante autorizado.

A. En letra de imprenta, escriba el
nombre de su representante autorizado _____

Relación del representante con el miembro _____

B. Dirección del representante autorizado:

Apartado postal/calle/n.º de departamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____

C. Breve descripción de la apelación presentada por su representante autorizado:

D. Firma del representante autorizado _____ Fecha _____

E. Firma del miembro _____ Fecha _____

Relación con el miembro: ☐ Usted mismo ☐ Padre/madre ☐ Tutor

Este formulario es válido durante la apelación indicada en el inciso **C**. Una vez completada la apelación, este formulario pierde validez.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Audiencia estatal imparcial

Si aún no está de acuerdo con nuestra decisión, después de que se hayan completado todas las apelaciones de UHC HPN Medicaid, usted o su representante autorizado pueden solicitar una **audiencia imparcial del estado comunicándose** con la Unidad de Audiencias de Nevada Medicaid al **1-775-684-3604** o en 9850 Double R Blvd., Suite 200, Reno, NV 89521. Debe solicitar esta audiencia dentro de los 90 días posteriores a la recepción del Aviso de apelación final de UHC HPN Medicaid. Debe dar su permiso por escrito para que alguien solicite una audiencia imparcial del estado por usted. También puede solicitar una audiencia imparcial estatal si no tomamos nuestra decisión de manera oportuna dentro de los plazos descritos en esta sección.

Si necesita información o ayuda, llame a la Oficina de Medicaid del estado:

Las Vegas: **702-668-4200** o **1-800-992-0900**

Reno: **775-687-1900** o **1-800-992-0900**

Todas las demás áreas: **1-866-569-1746**

Si necesita asistencia legal, llame al Programa de Servicios Legales:

Condado de Clark: **702-386-0404** o **1-866-432-0404**

Condado de Washoe: **775-284-3491** o **1-800-323-8666**

<https://nevadalegalservices.org/contact/>

Si necesita información o ayuda, llame a UHC HPN Medicaid al:

Número gratuito: **1-800-962-8074**

TTY/TTD 711: **1-800-349-3538**

Podemos ayudarle en el proceso de presentación de quejas formales y apelaciones. Se encuentran disponibles servicios de intérprete. Podemos ayudarle a usted o a su representante a llegar a la audiencia. **Estamos disponibles de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes.** Tiene derecho a revisar su expediente de caso, incluidos los registros médicos, y cualquier otro documento y registro utilizado durante el proceso de apelaciones.

Audiencia imparcial acelerada

Se puede solicitar una audiencia imparcial estatal acelerada si el tiempo requerido para una audiencia imparcial estatal estándar puede poner en riesgo la vida, la salud o la capacidad funcional de una persona. La solicitud debe enviarse con toda la información médica que muestre por qué se necesita un proceso más rápido. La solicitud de la audiencia imparcial urgente puede realizarse en línea, por teléfono, en persona o por escrito.

Continuación del servicio

Si desea apelar un Aviso de medida o una determinación adversa que haya recibido de UHC HPN Medicaid, puede solicitar que los servicios cubiertos que esté recibiendo continúen durante el proceso de apelación.

Deberá realizar la solicitud de continuación de los servicios cubiertos dentro de los diez (10) días calendario posteriores a la fecha del Aviso de medida si su apelación implica lo siguiente:

- La terminación de los servicios cubiertos,
- La suspensión de los servicios cubiertos. O BIEN
- La reducción de los servicios cubiertos.

Su solicitud de continuación de los servicios cubiertos puede realizarse siempre y cuando los servicios cubiertos continuos hayan sido solicitados por un proveedor autorizado. Su solicitud se considerará siempre y cuando los períodos originales cubiertos por la autorización original no se hayan vencido o su solicitud no haya superado la fecha de vigencia prevista de la medida propuesta por UHC HPN Medicaid.

Si UHC HPN Medicaid mantiene sus beneficios cubiertos en espera del resultado de una apelación, estos continuarán hasta que se presente una de las siguientes situaciones:

- Usted retire su apelación.
- Hayan transcurrido diez (10) días calendario desde que se le haya enviado por correo el Aviso de medida (a menos que la persona inscrita solicite una apelación y la continuación de los beneficios hasta que la audiencia tome una decisión).
- El funcionario de audiencias emita una decisión adversa para la persona inscrita. O BIEN
- Se haya cumplido el plazo que rige los límites de servicio de un servicio previamente autorizado.

Si no gana la audiencia imparcial del estado, es posible que deba pagar los servicios que recibió durante el proceso de apelación y audiencia imparcial del estado.

Quejas formales

Tiene derecho a presentar una **queja formal** si tiene algún problema con lo siguiente:

- Los servicios que recibió a través de UHC HPN Medicaid
- La atención o los servicios que recibió de uno de nuestros médicos u otros proveedores de atención médica
- Su disconformidad con nuestra decisión de extender el plazo hasta 14 días para resolver su apelación
- Puede presentar una queja formal de dos maneras:
 - llámenos al **1-800-962-8074**, o
 - escriba a:
UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid
P.O. Box 14865
Las Vegas, NV 89114

Nos tomamos muy en serio su queja formal e intentaremos resolverla para su satisfacción. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-962-8074**. Nuestros representantes le ayudarán con gusto. Debe dar su permiso por escrito para que alguien presente una queja formal por usted, incluido su médico. También se encuentran disponibles servicios de intérprete. Una vez que recibamos su queja formal, ocurrirá lo siguiente:

- Le enviaremos una carta dentro de los cinco días calendario. Esta le informará que hemos recibido su queja formal. Nuestro personal también puede comunicarse con usted para asegurarse de que comprenden la situación.
- **En el transcurso de 45 días** a partir del día en que recibamos su queja formal, le enviaremos una carta para informarle el resultado. Podemos extender este tiempo hasta 14 días calendario si se necesita información adicional y la extensión le beneficiará.

Derechos y responsabilidades de los miembros

Si tiene alguna pregunta, llámenos al **1-800-962-8074**, TTY: **711**.

Los miembros de UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid tienen derecho a lo siguiente:

- Ser tratados con respeto y dignidad, y que se haga todo lo posible por proteger su privacidad.
- Tener la libertad de elegir de la extensa lista de proveedores de UHC HPN Medicaid a un médico de cabecera, incluidos especialistas, como su PCP, si el beneficiario tiene una afección crónica, lo que incluye el derecho a rechazar la atención de médicos específicos; los miembros pueden comunicarse con Servicios para Miembros para obtener asistencia para realizar una selección o cambios.
- Tener la oportunidad de expresar quejas formales o apelaciones sobre el plan o la atención proporcionada y buscar la resolución de la queja formal o la apelación.
- Recibir información sobre el plan, sus servicios, sus proveedores, y los derechos y las responsabilidades de los miembros de una manera y en un formato que se comprenda fácilmente y en los idiomas (distintos del inglés) que se utilizan frecuentemente en el área de servicio.
- Participar con su médico de cabecera en el proceso de toma de decisiones sobre su atención de la salud (incluye el derecho a rechazar el tratamiento).
- Tener acceso oportuno a la atención y los servicios, teniendo en cuenta la urgencia de sus necesidades médicas; el miembro tiene derecho a comunicarse directamente con el personal clínico calificado; la cobertura de atención de urgencia está destinada a aquellos problemas que, aunque no ponen en riesgo la vida, podrían provocar lesiones graves o una discapacidad, a menos que se reciba atención médica.
- Tener una conversación franca sobre las opciones de tratamiento disponibles y las alternativas para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura del beneficio.
- Tener la libertad de ejercer sus derechos sin que UHC HPN Medicaid, los proveedores de UHC HPN Medicaid o la División de Financiamiento y Política de Atención de la Salud (DHCFP) traten al miembro de manera adversa.
- Tener acceso directo a los servicios de salud de la mujer para recibir atención preventiva y de rutina; las miembros tienen acceso a los proveedores necesarios para recibir servicios de atención de la salud preventiva y de rutina de la mujer; esto es adicional al PCP designado para la miembro, si no es un especialista en salud de la mujer; los representantes de Servicios para Miembros pueden ayudarle con esta selección.

- Tener acceso directo a atención especializada médicamente necesaria, junto con un plan de tratamiento aprobado desarrollado con el médico de cabecera/dentista; las autorizaciones requeridas deben ser para una cantidad adecuada de visitas de acceso directo.
- Tener acceso a servicios de atención de la salud de emergencia en casos en los que una “persona prudente” que actúa razonablemente habría creído que existía una emergencia; la atención de emergencia está disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana; el miembro puede acceder a los servicios de emergencia después del horario de atención y durante los fines de semana; los miembros y los proveedores tienen derecho a comunicarse directamente con el personal clínico calificado; el acceso a los servicios de emergencia, ya sea dentro o fuera de la red, es ilimitado.
- Recibir servicios adecuados y oportunos fuera de la red, si la red de UHC HPN Medicaid no puede proporcionar los servicios necesarios cubiertos por su contrato.
- Obtener una segunda opinión, sin costo alguno, de un proveedor de atención médica calificado dentro de la red o coordinar los servicios para que usted obtenga una segunda opinión fuera de la red.
- Formular directrices anticipadas.
- Tener acceso a registros médicos de acuerdo con las leyes estatales y federales vigentes (lo que incluye la capacidad de solicitar y recibir una copia de los registros médicos), y a solicitar que los registros médicos se modifiquen o corrijan, según se especifica en la reglamentación federal.
- Disponer de servicios de interpretación oral gratuitos para todos los idiomas distintos del inglés.
- Permanecer libre de toda restricción o aislamiento empleados como medidas coercitivas, disciplinarias, de conveniencia o de represalia, según lo especificado en las reglamentaciones federales acerca del uso de restricciones y aislamiento.
- Hacer recomendaciones acerca de las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.
- Continuar con la atención en curso correspondiente a un plan de atención al momento de la inscripción.

Los miembros de UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid tienen las siguientes responsabilidades:

- Saber cómo funciona el Programa de Atención Administrada de UHC HPN Medicaid.
- Cooperar con quienes prestan servicios de atención de la salud, incluidos los proveedores y el personal del plan de salud.

Otros detalles del plan

- Proporcionar, en la medida de lo posible, la información que UHC HPN Medicaid y sus proveedores necesitan para proporcionar la mejor atención posible.
- Seguir las instrucciones y guías proporcionadas por quienes prestan servicios de atención de la salud.
- Asumir la responsabilidad de maximizar los hábitos de salud y seguir el plan de atención de la salud que el miembro, el médico y UHC HPN Medicaid han acordado.
- Consultar con un médico de cabecera y UHC HPN Medicaid antes de solicitar atención que no sea de emergencia en el área de servicio; les recomendamos a los miembros que consulten con su médico y UHC HPN Medicaid cuando reciban atención de urgencia mientras se encuentren temporalmente fuera del área de servicio de UHC HPN Medicaid.
- Obtener un referido por escrito de un médico antes de acudir a un especialista.
- Obtener autorización previa de UHC HPN Medicaid y un médico para cualquier intervención quirúrgica, hospitalización o procedimiento diagnóstico de rutina u optativo.
- Llegar a tiempo a las citas y notificar de forma oportuna cuando cancele cualquier cita a la que el miembro no pueda asistir.
- Evitar propagar una enfermedad a sabiendas.
- Reconocer los riesgos y las limitaciones de la atención médica y del proveedor de atención médica.
- Ser consciente de la obligación del proveedor de atención médica de ser razonablemente eficiente y equitativo a la hora de proporcionar atención a otros pacientes de la comunidad.
- Mostrar respeto por otros pacientes, proveedores de atención médica y representantes del plan.
- Cumplir con los requisitos administrativos de UHC HPN Medicaid, de los proveedores de atención médica y de los programas gubernamentales de beneficios para la salud.
- Informar sobre irregularidades y fraudes a los recursos o las autoridades legales correspondientes.
- Conocer sus medicamentos.
- Abordar las necesidades de renovación de medicamentos en el momento de una cita en el consultorio; informar todos los efectos secundarios de los medicamentos al médico de cabecera y notificarle a este o al dentista si deja de tomar sus medicamentos.
- Hacer preguntas durante una cita sobre molestias físicas, medicamentos, efectos secundarios, etc.

- Participar en la comprensión de sus problemas de salud y en el desarrollo de objetivos de tratamiento establecidos de mutuo acuerdo.
- Informar sobre cualquier atención en curso correspondiente a un plan de atención al momento de la inscripción.
- Informar sobre cualquier tercero responsable del pago de los servicios.

¿Cómo solicito la cancelación de la afiliación en mi plan?

Cancelación de la inscripción

Si es nuevo en Medicaid o si pierde cobertura durante 2 meses o más, puede cambiar de plan de salud dentro de los primeros 90 días de la inscripción. Después de los 90 días, deberá permanecer en su plan de salud hasta el siguiente período de inscripción abierta o deberá demostrar una buena causa para cambiar de plan de salud. El período de inscripción abierta es en el mes de octubre de cada año o según lo determine el estado de Nevada.

Después de este período de 90 días, usted deberá permanecer en su plan de salud. Puede enviar su solicitud de cancelación de la inscripción a UHC HPN Medicaid o al estado. Si envía su solicitud a UHC HPN Medicaid, se reenviará al estado para su revisión. El estado determinará si existe una “buena causa” para cambiar de plan.

Los siguientes son ejemplos de “buena causa”:

- Mudanza fuera del área de servicio
- Alteraciones en los servicios y apoyos a largo plazo debido a que un proveedor abandonó la red
- Otras razones, incluidas, entre otras, la mala calidad de la atención, la falta de acceso a los servicios cubiertos en virtud del contrato, la falta de acceso a proveedores experimentados en el manejo de las necesidades de atención de la salud del miembro

Puede llamar a Servicios para Miembros de UHC HPN Medicaid al **1-800-962-8074** o a las Oficinas del Distrito de la División de Financiamiento y Política de Atención de la Salud (DHCFP) al (sur de NV) 702-668-4200 o al (norte de NV) 775-687-1900 para obtener más información o para solicitar la cancelación de la inscripción.

También puede completar el Formulario de cancelación de la inscripción por buena causa en https://dhcfp.nv.gov/Members/BLU/MCO_Good_Cause_Disenrollment/ y enviar su solicitud de cancelación de la inscripción por correo electrónico a managedcare@dhcfp.nv.gov.

Otros detalles del plan

La información que debe incluir en su solicitud de cancelación de la inscripción es la siguiente:

- Nombre del miembro
- Número de Medicaid del miembro
- Número de Seguro Social del miembro
- Fecha de nacimiento del miembro
- Nombre del jefe o de la jefa de familia
- Número de Medicaid del jefe o de la jefa de familia
- Número de Seguro Social del jefe o de la jefa de la familia
- Fecha de nacimiento del jefe o de la jefa de la familia
- Información de contacto actualizada
 - Dirección y número de teléfono

El estado le enviará por correo una carta con su decisión. Si se aprueba, se cancelará su inscripción a más tardar el primer día del segundo mes posterior a la solicitud. Cuando solicite cambiar de plan de salud por una causa justificada, puede dar el nombre del plan de salud al que desea cambiar o el estado puede elegir por usted.

Esperamos que desee permanecer en UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid mientras esté en Medicaid y que nos informe cómo podemos brindarle un mejor servicio.

Si ya no es miembro de Medicaid

Debe ser miembro de Medicaid para inscribirse en el plan UHC HPN Medicaid. Si pierde su cobertura y se cancela su inscripción en UHC HPN Medicaid, la oficina de la División de Financiamiento y Política de Atención de la Salud (DHCFP) nos informará. Una vez restablecido, es posible que se le asigne automáticamente de la siguiente manera: por afiliación familiar (si otros miembros de la familia están inscritos en un determinado plan de salud), por antecedentes (si usted estaba inscrito previamente en UHC HPN Medicaid, se le asignará nuevamente a nosotros) o por asignación aleatoria.

Los pagos de las primas de Nevada Check Up vencen el primer día de cada trimestre: 1.º de enero, 1.º de abril, 1.º de julio y 1.º de octubre. Si no se paga la prima trimestral, se perderá la cobertura del seguro en virtud de Nevada Check Up.

Cuándo debe comunicarse con nosotros

A medida que revise este manual, probablemente notará que le instamos a que nos llame o que llame a su médico con frecuencia. Podemos ayudarle mejor cuando se mantiene en contacto con nosotros.

Puede pedirnos lo siguiente:

- Una lista de proveedores
- Sus derechos y responsabilidades como miembro de UHC HPN Medicaid
- Información sobre quejas formales y apelaciones
- Beneficios, incluido cómo obtenerlos
- Requisitos de autorización previa
- Servicios de planificación familiar
- Información sobre servicios de emergencia y fuera del horario de atención, incluido cómo, dónde y cuándo obtener servicios
- Referidos a especialistas
- Servicios posteriores a la estabilización
- Cómo obtener beneficios de Medicaid que no están disponibles a través de UHC HPN Medicaid
- Información sobre la estructura y las operaciones de nuestro plan de salud
- Información sobre indicadores de rendimiento de calidad
- Resultados de la encuesta de satisfacción de las personas inscritas
- Planes de incentivos para médicos

Otros detalles del plan

Estos son algunos ejemplos de cuándo debe comunicarse con nosotros (llame a Servicios para Miembros al 1-800-962-8074):

- Si está recibiendo atención médica al momento de inscribirse en UHC HPN Medicaid.
- Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de UHC HPN Medicaid.
- Si necesita una copia actualizada o impresa de este manual.
- Si desea cambiar su PCP o el de su hijo.
- Siempre que se mude, incluso si aún vive dentro del área de servicio de UHC HPN Medicaid; infórmenos si planea abandonar el área de servicio durante más de un mes o mudarse.
- Si su número de teléfono cambia.
- Si está embarazada o tiene un bebé.
- Si tiene cobertura de algún beneficio para la salud, además de UHC HPN Medicaid; por ejemplo, infórmenos:
 - Si tiene una póliza de seguro de salud.
 - Si recibe una indemnización laboral por un problema que ocurrió en el trabajo.
 - Si recibe un pago de seguro después de haber sufrido un accidente.
 - Si se ve involucrado en un accidente automovilístico o se lesiona sin que sea culpa suya.
- Si tiene problemas para recibir la atención de la salud que necesita.
- Si tiene un problema o una inquietud sobre UHC HPN Medicaid o uno de nuestros médicos u otros proveedores de atención médica.
- Si cree que desea abandonar el plan UHC HPN Medicaid.
- Si tiene una sugerencia que cree que mejoraría los servicios o programas de UHC HPN Medicaid.

Cuándo podríamos comunicarnos con usted

De vez en cuando, le enviaremos información importante que debe conservar con este manual, como noticias sobre lo siguiente:

- Cambios en los beneficios o el plan UHC HPN Medicaid.
- Cambios en la lista de médicos y la red de proveedores que puede utilizar. O BIEN
- Información sobre nuestros programas y beneficios especiales.

También podemos llamarle o enviarle un formulario de encuesta para preguntarle qué le parece el plan UHC HPN Medicaid y qué piensa de su médico y otros servicios de salud. Su opinión es muy importante para nosotros.

También podemos enviarle una carta si se lastima o lesiona en un accidente de vehículos motorizados sin que sea culpa suya. En esta carta se le pedirá que nos llame y nos informe si hay otra compañía de seguros que podría ayudarle a pagar su atención médica. A esta situación la llamamos responsabilidad de terceros. Lo único que le pedimos es que nos llame y nos informe si hay otra compañía de seguros; nosotros nos comunicaremos con ellos. Si no tiene otro seguro, pagaremos la atención médica. Usted no es responsable del costo de esta atención.

Términos de atención de la salud

Simplificamos la atención de la salud

Una comprensión básica de estas palabras le facilitará el uso de su plan de salud:

Apelación: una forma de cuestionar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura si presenta una apelación.

Copago: pago que usted efectúa para recibir atención médica.

Equipo médico duradero (DME): ciertos artículos que su médico le indica que use en su hogar. Los ejemplos son andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

Afección médica de emergencia: una emergencia significa que su vida puede estar en riesgo o que podría lastimarse de forma permanente (discapacidad) si no recibe atención médica rápidamente. Si está embarazada, puede referirse a un daño a la salud suya o la de su bebé en gestación.

Transporte médico de emergencia: su afección es tal que usted no puede ir al hospital por ningún otro medio sino llamando al 911 para solicitar una ambulancia.

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

Servicios de emergencia: servicios proporcionados en una sala de emergencias por un proveedor capacitado para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos en virtud del beneficio de Medicaid.

Queja formal: queja que usted realiza sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye los reclamos sobre la calidad de su atención médica.

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios y dispositivos que le ayudan a mantener, aprender o mejorar habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

Seguro de salud: tipo de cobertura de seguro que paga los gastos de salud, médicos y quirúrgicos en los que usted incurre.

Atención de la salud domiciliaria: servicios de atención de la salud que una persona recibe en su hogar, incluida atención de enfermería, servicios de asistentes de salud a domicilio y otros servicios.

Servicios de cuidados paliativos: programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Una persona inscrita que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir los cuidados paliativos. Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores brinda atención integral a la persona, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

Hospitalización: el acto de internar a una persona en un hospital como paciente.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: atención o tratamiento que no requiere una estadía nocturna en el hospital.

Medicamento necesario: describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica, o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención médica que evita que usted vaya al hospital o a un hogar para ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica o que de otra manera son necesarios en virtud de las reglas actuales de cobertura de Medicaid de Nevada.

Red: directorio de médicos, proveedores de atención médica, hospitales y centros de atención de la salud que un plan ha contratado para proporcionar atención médica a sus miembros.

Proveedor no participante: proveedor o centro que no está contratado por nuestro plan, ni es de propiedad de nuestro plan u operado por este, y que no tiene un contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

Proveedor participante: proveedores, hospitales, agencias de atención de la salud domiciliaria, clínicas y otros lugares que le proporcionan servicios de atención de la salud, equipo médico, servicios y apoyos a largo plazo, y que tienen contrato con su plan de salud. Los proveedores participantes también son “proveedores de la red” o “proveedores del plan”.

Servicios médicos: atención proporcionada a usted por parte de una persona autorizada en virtud de la ley estatal para ejercer la medicina, cirugía o servicios de salud conductual.

Otros detalles del plan

Plan: el término plan hace referencia a una Organización de Atención Administrada que ofrece servicios médicos a sus miembros.

Autorización previa: decisión de su plan o de la División de Financiamiento y Política de Atención de la Salud (DHCFP) de que un servicio de atención de la salud, plan de tratamiento, medicamento con receta o equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces se denomina preautorización, aprobación previa o precertificación.

Prima: pago mensual que recibe un plan de salud para proporcionarle cobertura de atención de la salud.

Cobertura de medicamentos con receta: medicamentos con receta o cubiertos (pagados) por su plan de salud. Algunos medicamentos de venta libre están cubiertos.

Medicamentos con receta: fármaco o medicamento que, por ley, se puede obtener solo mediante la receta de un médico.

Médico de cabecera: el médico u otro proveedor que usted ve primero para la mayoría de los problemas de salud. Este profesional se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y referirle a ellos.

Proveedor de Atención Primaria: un médico que ejerce medicina general, medicina familiar, medicina interna general, pediatría general o medicina osteopática. Es responsable de proporcionar, organizar y coordinar todos los aspectos de su atención de la salud. Normalmente, es la primera persona que debe contactar si necesita atención de la salud. Los médicos que ejercen la obstetricia y la ginecología pueden actuar como PCP durante el embarazo de la miembro del plan de salud.

Proveedor: persona que está autorizada a proporcionar servicios o atención de la salud. Algunos ejemplos de proveedores son médicos, personal de enfermería, proveedores de salud conductual, hogares de ancianos y especialistas.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante para restaurarle al mejor nivel funcional posible.

Atención de enfermería especializada: valoraciones, juicios, intervenciones y evaluaciones de intervención, que requieren la capacitación y experiencia del personal de enfermería con licencia. La atención de enfermería especializada incluye, entre otras cosas:

1. Realización de evaluaciones para determinar los fundamentos de la acción o la necesidad de acción.
2. Monitoreo del equilibrio de líquidos y electrolitos.
3. Succión de las vías respiratorias.
4. Cuidado del catéter venoso central.
5. Ventilación mecánica.
6. Cuidado de la traqueotomía.

Especialista: médico que brinda atención de la salud para una enfermedad o parte del cuerpo específicas.

Atención de urgencia: atención cuando necesita ver a un médico y su médico no puede verle o el consultorio está cerrado. Atención necesaria debido a una enfermedad, lesión o afección repentinas que no constituyen una emergencia, pero que necesitan atención inmediata.

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, debemos¹ 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.

- **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.

Otros detalles del plan

- **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

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.

Otros detalles del plan

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.

¹Este 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

Nosotros² 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.

²Para 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

Otros detalles del plan

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://link.edgepilot.com/s/bc747c24/8_cYzBjMH0uAp_EkWNHjCw?u=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 **1-800-962-8074**, TTY **711**. También puede visitar nuestro sitio web en [MyHPNMedicaid.com](https://www.MyHPNMedicaid.com).

UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid
2720 North Tenaya Way, Suite 102
Las Vegas, Nevada 89128

[MyHPNMedicaid.com](https://www.MyHPNMedicaid.com)

1-800-962-8074, TTY 711

**United
Healthcare®**

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

