



# Bienvenido a la comunidad

- Bienvenido
- Manual para Miembros
- Otra información



# Bienvenido

---

## Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan

Por favor, tómese unos minutos para revisar este Manual para Miembros. Estamos a su servicio para contestar cualquier pregunta que tenga. Usted puede encontrar respuestas a la mayoría de sus preguntas acudiendo al sitio web en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). O bien, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

United  
Healthcare  
Community Plan

# Para empezar

---

Nosotros queremos que usted obtenga de su plan de salud lo más posible de inmediato. Empecemos con estos tres fáciles pasos:

## 1. Llame a su Proveedor de Atención Primaria (PCP) y haga una cita para tener una revisión médica

Las revisiones médicas son importantes para mantener una buena salud. El número de teléfono de su PCP debe estar anotado en la tarjeta de identificación como miembro que recibió recientemente por correo. Si usted no conoce el número de teléfono de su PCP o si le gustaría hacer una cita para una revisión médica, llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**. Nosotros estamos aquí para ayudarle.

## 2. Complete su Evaluación de salud

Esta es una forma rápida y fácil de conocer de manera amplia su forma de vivir y el estado de su salud. Esto nos ayuda a relacionar quien es usted con los beneficios y servicios disponibles para usted. Acuda a [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) para completar la evaluación de Salud (Health Assessment) hoy mismo. También, le llamaremos pronto para darle la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan. Durante esta llamada, le explicaremos cuáles son los beneficios de su plan de salud. Nosotros también podemos ayudarle a completar esta evaluación por teléfono. Vea la página 12.

## 3. Conozca su plan de salud

Empiece con la sección que describe los importantes puntos del Plan de Salud en la página 10 para tener una rápida vista general de su nuevo plan. Y asegúrese de tener este manual a la mano como una futura referencia.

---

# Gracias por escoger a UnitedHealthcare Community Plan como su plan de salud

Estimado(a) nuevo miembro:

¡Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan!

Ya sea que usted se inicia como un nuevo miembro de NJ FamilyCare o ha sido transferido a UnitedHealthcare Community Plan de otro plan de salud que participa con el programa NJ FamilyCare, nos da mucho gusto que usted haya escogido a UnitedHealthcare Community Plan. Nosotros trabajaremos con usted y su doctor para estar seguros que obtiene todos los servicios de salud que necesita. **Si su doctor no es parte de UnitedHealthcare Community Plan, llame a los Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan, sin costo para usted, al 1-800-941-4647, TTY 711, para obtener ayuda a escoger a un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.** Usted puede confiar en el personal de UnitedHealthcare Community Plan y en los proveedores de UnitedHealthcare Community Plan para recibir un tratamiento con dignidad y respeto.

UnitedHealthcare Community Plan siempre se encuentra disponible para ayudarle. Usted puede llamar a Servicios para Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana gratuitamente al **1-800-941-4647** o TTY **711**. Un representante del UnitedHealthcare Community Plan siempre estará disponible para prestarle ayuda.

El Manual para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan Member le informa de todos los servicios de salud que usted recibe como miembro de UnitedHealthcare Community Plan y de cómo puede obtenerlos. Así mismo, también le informa que puede hacer si tiene una emergencia o cualquier otro tipo de problema.

UnitedHealthcare Community Plan está preocupado por su salud y le recomienda que usted reciba todos los exámenes preventivos de cuidados para la salud de acuerdo a su edad. Si usted ha cambiado de Proveedores de Atención Primaria, queremos que visite a su nuevo Proveedor de Atención Primaria para obtener un examen. Por favor, informe a su antiguo Proveedor de Atención Primaria que transfiera todos sus expedientes médicos a su nuevo Proveedor de Atención Primaria. Los miembros de NJ FamilyCare no tienen que pagar por este servicio.

4 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

---

Su tarjeta de identificación del UnitedHealthcare Community Plan le será enviada en breve tiempo. Si usted no ha recibido su tarjeta de identificación y necesita obtener servicios para los cuidados de salud, presente esta carta cuando quiera obtener servicios para los cuidados de salud hasta que su tarjeta de identificación le llegue. Su Proveedor de Atención Primaria o cualquier otro proveedor pueden llamar a UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-941-4647** para confirmar que usted es un miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Si usted necesita un Directorio de Proveedores que incluye a todos los proveedores de UnitedHealthcare Community Plan, llame a Servicio para Miembros, sin costo para usted, al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

Nos da mucho gusto tenerle como un miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Recuerde, nosotros estaremos siempre aquí para ayudarle. Si necesita comunicarse con nosotros, nuestro número gratuito es **1-800-941-4647**, TTY **711**. Llámenos a ese número para informarnos qué número de teléfono podemos usar para comunicarnos con usted rápidamente.

Si tiene cualquier pregunta de cómo puede usar sus beneficios con UnitedHealthcare Community Plan, si quiere usted cambiar de Proveedor de Atención Primaria o si usted quiere conocer más acerca de cualquiera de nuestros servicios, llame a Servicio para Miembros al **1-800-941-4647** o TTY **711** 24 horas al día, 7 días a la semana. Para una mejor atención médica, UnitedHealthcare Community Plan está aquí para usted.

Atentamente,

Charles Wayland, CEO  
UnitedHealthcare Community Plan



---

# Tabla de contenido

|   |                           |
|---|---------------------------|
| <b>Importantes puntos del plan de salud</b> .....                                     | <b><a href="#">10</a></b> |
| Tarjeta de identificación como miembro .....  | <a href="#">10</a>        |
| Beneficios en un vistazo .....  | <a href="#">11</a>        |
| Evaluación de su salud .....  | <a href="#">12</a>        |
| Ayuda a los miembros .....  | <a href="#">13</a>        |
| Usted puede empezar a usar sus beneficios de farmacia de inmediato .....              | <a href="#">16</a>        |
| <b>Para ir al doctor</b> .....  | <b><a href="#">18</a></b> |
| Su Proveedor de Atención Primaria (PCP) .....   | <a href="#">18</a>        |
| Coordinando sus cuidados de salud .....   | <a href="#">21</a>        |
| Revisiones anuales .....  | <a href="#">22</a>        |
| Para hacer una cita con su PCP y PCD .....  | <a href="#">24</a>        |
| Preparación para su cita con su PCP .....   | <a href="#">27</a>        |
| Si usted necesita cuidados de salud y la oficina de su proveedor está cerrada .....   | <a href="#">27</a>        |
| Las referencias y los especialistas .....   | <a href="#">28</a>        |
| Obtener una segunda opinión .....   | <a href="#">29</a>        |
| Autorizaciones previas .....  | <a href="#">29</a>        |
| Continuación de los cuidados de salud si su PCP abandona nuestra red .....            | <a href="#">30</a>        |
| Si usted requiere cuidados para la salud cuando se encuentra fuera de su ciudad ..... | <a href="#">31</a>        |
| Servicios de transporte .....   | <a href="#">31</a>        |
| <b>Hospitales y emergencias</b> .....   | <b><a href="#">32</a></b> |
| Cuidados de emergencia .....  | <a href="#">32</a>        |
| Cuidados urgentes .....   | <a href="#">33</a>        |
| Servicios de hospital .....   | <a href="#">34</a>        |
| Cuidados dentales de emergencia .....   | <a href="#">34</a>        |
| Servicios de estabilización posteriores .....   | <a href="#">35</a>        |
| Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos .....                                | <a href="#">35</a>        |

6 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan),  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

---

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>Farmacia</b> .....  | <b><a href="#">36</a></b>  |
| Medicamentos de receta .....   | <a href="#">36</a>         |
| Medicamentos de venta libre (OTC) .....                                      | <a href="#">37</a>         |
| Medicamentos inyectables .....   | <a href="#">38</a>         |
| Farmacia única (Pharmacy home) .....   | <a href="#">38</a>         |
| <b>Beneficios</b> .....  | <b><a href="#">39</a></b>  |
| Resumen de beneficios .....  | <a href="#">39</a>         |
| Servicios de salud del comportamiento (salud mental/uso de sustancias) ..... | <a href="#">77</a>         |
| Miembros con necesidades especiales .....                                    | <a href="#">88</a>         |
| Servicios culturales y lingüísticos .....                                    | <a href="#">90</a>         |
| Miembros de MLTSS .....  | <a href="#">90</a>         |
| Programa de preferencias personales (PPP) .....                              | <a href="#">95</a>         |
| Manejo de enfermedades y administración de la atención médica .....          | <a href="#">96</a>         |
| Programas de bienestar .....   | <a href="#">97</a>         |
| Exámenes de la visión .....  | <a href="#">97</a>         |
| Servicios dentales básicos .....   | <a href="#">99</a>         |
| Servicios de maternidad .....  | <a href="#">101</a>        |
| Atención médica preventiva .....   | <a href="#">104</a>        |
| <b>Otros detalles del plan</b> .....   | <b><a href="#">105</a></b> |
| Cómo encontrar a un proveedor, farmacia o laboratorio dentro de la red ..... | <a href="#">105</a>        |
| Directorio de Proveedores .....  | <a href="#">105</a>        |
| Evaluación de nueva tecnología .....   | <a href="#">106</a>        |
| Servicios de interpretación y asistencia con el idioma .....                 | <a href="#">106</a>        |
| Servicios de Assurance Wireless Lifeline .....                               | <a href="#">107</a>        |
| Actualización de su información .....  | <a href="#">107</a>        |
| Fraude, desperdicio y abuso .....  | <a href="#">108</a>        |
| Su opinión cuenta .....  | <a href="#">109</a>        |
| Administración de utilización .....  | <a href="#">109</a>        |
| Apelaciones y quejas .....   | <a href="#">113</a>        |

---

|   |                     |
|---|---------------------|
| Testamentos en vida y Directivas Anticipadas . . . . .                    | <a href="#">118</a> |
| Derechos y responsabilidades de los miembros . . . . .                    | <a href="#">118</a> |
| Declaración de derechos del consumidor de las HMO de New Jersey . . . . . | <a href="#">122</a> |
| NJ FamilyCare . . . . .   | <a href="#">124</a> |
| Si recibe una factura . . . . .   | <a href="#">128</a> |
| Recursos adicionales. . . . .   | <a href="#">129</a> |
| Otro seguro . . . . .   | <a href="#">129</a> |
| Cómo darse de baja de UnitedHealthcare . . . . .                          | <a href="#">130</a> |
| Tratamiento de menores de edad . . . . .                                  | <a href="#">133</a> |
| Términos que debe recordar . . . . .                                      | <a href="#">133</a> |
| Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad . . . . .      | <a href="#">140</a> |

---

# Inscripción al UnitedHealthcare Community Plan

El UnitedHealthcare Community Plan (UnitedHealthcare) es un plan de salud que le ofrece a usted y a su familia una amplia gama de servicios para los cuidados de la salud. Con UnitedHealthcare, usted escoge a un doctor personal para cada miembro de su familia que se encuentre inscrito dentro de UnitedHealthcare.

UnitedHealthcare trabajará con usted y con su doctor de UnitedHealthcare para asegurar que recibe todos los servicios necesarios para mantener una buena salud. No hay límites en las visitas que usted haga a su doctor de UnitedHealthcare para recibir cuidados de salud. UnitedHealthcare tiene doctores en los 21 condados de New Jersey.

UnitedHealthcare Community Plan siempre está disponible para ayudarlo. Puede llamar a Servicios para Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana al número gratuito **1-800-941-4647** o TTY **711**, para situaciones de emergencia. Para preguntas no médicas, por favor devuelva la llamada durante el horario de trabajo normal de 8:00 am a 6:00 pm hora del Este, de lunes a viernes. Un representante de UnitedHealthcare Community Plan siempre estará allí para ayudarlo.

Usted puede ser miembro de UnitedHealthcare si vive en New Jersey y recibe NJ FamilyCare. Sus beneficios los decide el Estado de New Jersey. Los diferentes paquetes de beneficios de NJ FamilyCare se le explicarán más adelante en este manual. La División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (Division of Medical Assistance and Health Services – DMAHS) debe verificar y aprobar su inscripción a UnitedHealthcare. Pueden tomar entre 30 y 45 días para que su membresía tome efecto, después de que haber solicitado su inscripción a UnitedHealthcare. La cobertura bajo UnitedHealthcare será efectiva el primer día del siguiente mes después de la fecha en que usted ha sido aprobado. Si usted estaba cubierto por el programa NJ FamilyCare de pago por servicio (FFS) u otro plan de salud durante este período de espera, usted seguirá recibiendo beneficios de atención médica de FFS o su plan de salud anterior hasta que su inscripción en UnitedHealthcare se haga efectiva.

Cuando se firma la solicitud de inscripción por el solicitante o por la persona autorizada a representarlo, se acepta que la historia médica del suscriptor sea divulgada a UnitedHealthcare. Esta información médica será incluida en su solicitud y enviada a UnitedHealthcare por el Coordinador de los Beneficios de Salud (HBC).

Si usted se encuentra recibiendo beneficios de salud antes de su inscripción a UnitedHealthcare, usted debe llamar para informarnos:

- La lista de los servicios que recibe
- Los nombres de los doctores con quien consulta
- Las direcciones de los doctores con quienes consulta

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan),  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

# Importantes puntos del plan de salud

## Tarjeta de identificación como miembro

The diagram shows two identification cards. The left card is the UnitedHealthcare Community Plan card, and the right card is the OptumRx pharmacy card. Callouts point to specific fields on both cards:

- Health Plan (80840) 911-86047-08**: Su número de ID del plan
- Member ID: 999999999**: Su número de ID como miembro
- Member Services/Dental/Vision: 1-800-941-4647**: Número de teléfono de Servicios para Miembros
- Member: SUBSCRIBER BROWN**: Nombre de su Proveedor de atención primaria
- Information on the right card (OptumRx)**: Información para su farmacéutico

Su tarjeta de identificación como miembro contiene mucha información importante. Le da acceso a sus beneficios cubiertos. Usted debió haber recibido su tarjeta de identificación como miembro, 7 días después de haberse inscrito al UnitedHealthcare Community Plan. Cada miembro de su familia tendrá su propia tarjeta. Revíselas para asegurarse que la información es correcta. Si hay cualquier error, llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

- Lleve consigo la tarjeta de identificación a sus citas
- Muéstrela cuando obtenga medicamentos de receta
- Téngala a la mano cuando llame a Servicios para Miembros; esto nos ayudará a servirle mejor
- No permita que alguien más use su(s) tarjeta(s). Eso es contra la ley

**Presente ambas tarjetas.** Siempre presente su tarjeta de UnitedHealthcare Y su tarjeta de Beneficios de Salud (HBID) cuando obtenga cuidados de salud. Esto asegurará que usted tenga todos los beneficios que están disponibles para usted. También, prevendrá que haya errores en la facturación. Debe llevar una identificación con usted a su cita con el proveedor.

10 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

# Beneficios en un vistazo

Como miembro de UnitedHealthcare, usted tiene disponible una variedad de beneficios y servicios para los cuidados para la salud. A continuación hay un breve resumen. Usted podrá encontrar la lista completa en la sección de Beneficios.

### Servicios de Atención Primaria

Usted tiene cobertura para todas las visitas a su Proveedor de Atención Primaria (PCP). Su PCP es el doctor principal con el que consultará para la mayoría de sus cuidados de salud. Esto incluye las revisiones de salud, tratamientos para los resfriados y la gripe, sus preocupaciones por la salud y los exámenes médicos de la salud.

### Una amplia red de proveedores

Usted puede escoger cualquier PCP de nuestra amplia red de proveedores. Nuestra red también incluye especialistas, hospitales, dentistas generales, especialistas dentales y farmacias — dándole muchas opciones para los cuidados para su salud. Encuentre la lista completa de nuestros proveedores en la red, acudiendo al sitio en internet: [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o llamando al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

### Servicios de especialistas

Su cobertura incluye servicios de especialistas. Los especialistas son doctores o enfermeras que están especialmente entrenados para dar tratamientos a ciertas condiciones médicas. Posiblemente usted necesite primero de una referencia de su PCP. Lea la página 28.

### Medicamentos

Su plan cubre medicamentos de receta para los miembros de cualquier edad. Los miembros de NJ FamilyCare C y D, con algunas excepciones, tendrán copago. También cubre: insulina, agujas hipodérmicas, medicamentos anticonceptivos, tabletas de aspirina recubiertas para la artritis, tabletas de hierro, y vitaminas masticables.

### Servicios de hospital

Usted se encuentre cubierto para sus estancias en hospital. También tiene cobertura para los servicios de paciente ambulatorio. Estos son los servicios que obtiene en un hospital sin quedar hospitalizado.

### Servicios de laboratorio

Los servicios que se cubren incluyen pruebas de laboratorio y rayos-X para asistir en conocer las causas de su enfermedad.

## Importantes puntos del plan de salud

---

### Visitas de bienestar para niños

Su plan cubre todas las consultas de bienestar para niños y vacunaciones.

### Cuidados de maternidad y del embarazo

Usted tiene cobertura para tener visitas con el doctor antes y después que su bebé nazca. Esto incluye su estadía en el hospital. Si es necesario, también cubriremos las visitas que usted tenga en su hogar después del nacimiento del bebé.

### Planeación familiar

Si usted necesita servicios de planificación familiar, nuestra red tiene proveedores que pueden ayudarle a planificar. Estos proveedores incluyen proveedores de atención primaria (medicina interna, medicina familiar, medicina general, pediatría), proveedores de medicina para adolescentes, proveedores de centros de salud calificados a nivel federal (FQHC), proveedores de obstetricia y ginecología y proveedores de salud femenina. Otras especialidades que pueden proporcionar servicios de planificación familiar incluyen proveedores de atención familiar para adultos, enfermeras parteras certificadas, farmacéuticos comunitarios o minoristas, ginecólogos, ginecólogos oncólogos, proveedores de centros de VIH/SIDA, proveedores de medicina materno-fetal, enfermeras practicantes para (adultos, Familia, obstetricia y ginecología, pediatría), asistentes médicos, enfermeras tituladas, endocrinólogos reproductivos, proveedores de programas de servicios de salud en las escuelas y urólogos. Para obtener una lista de proveedores de la red, visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan).

### Cuidados de la visión

Los beneficios para su visión incluyen exámenes de rutina y anteojos.

### Cuidados dentales

Los miembros de NJ FamilyCare tienen un beneficio dental integral (esto incluye a los miembros de MLTSS).

## Evaluación de su salud

Una Evaluación de su salud es una encuesta fácil y rápida en la cual se le hacen simples preguntas acerca de su estilo de vida y de su salud. Cuando usted responde el cuestionario y lo remite por correo a nosotros, nosotros podremos conocerle mejor. Esto nos permitirá coordinar mejor su atención y acceder a los muchos beneficios y servicios disponibles para usted.

12 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

Por favor, tome unos minutos y conteste la forma de Evaluación de Salud en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). Haga clic sobre el icono de Evaluación de Salud en el lado derecho de la página después de que usted ingrese a la página o se registre. O llame al a Servicios para Miembros **1-800-941-4647**, TTY **711** para completar la evaluación por teléfono.

## Ayuda a los miembros

Nosotros queremos que usted obtenga lo más posible de su plan de salud y que sea de la manera más simple. Como miembro, usted tiene muchos servicios disponibles, incluyendo servicios de transporte y de interpretación si los necesita. Y si usted tiene cualquier pregunta, hay muchos sitios en donde podrá obtener respuesta.

### **Un sitio en internet le ofrece acceso a los detalles acerca del plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana**

Acuda a [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) para inscribirse para tener acceso por internet a su cuenta. En este seguro sitio de internet se guarda, en un solo sitio, toda la información acerca de su salud. Además de los detalles del plan, el sitio incluye herramientas útiles que pueden ayudarle, como:

- Completar su Evaluación de salud
- Encontrar un proveedor médico, dentista (incluyendo un dentista que trata a los niños menores de seis años) o farmacia
- Hacer una búsqueda de un medicamento en la Lista de Medicamentos Preferidos
- Obtener detalles acerca de los beneficios
- Descargar un Manual para Miembros actualizado

### **Los Servicios para Miembros se encuentran disponibles cinco días de la semana**

Los Servicios para Miembros pueden ayudarle cuando tenga preguntas o preocupaciones. Esto incluye:

- El entendimiento de cuáles son sus beneficios
- Ayuda cuando necesita obtener un reemplazo a su tarjeta de identificación como miembro
- Para encontrar a un doctor o a una clínica de Cuidados Urgentes
- Para encontrar un dentista o un dentista especializado

Llame al **1-800-941-4647**, TTY **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

## Importantes puntos del plan de salud

---

### **Programa para la Administración de Cuidados de Salud**

Si usted padece de una condición crónica de salud, como el asma o la diabetes, usted podría beneficiarse con nuestro programa para la Administración de Cuidados de Salud. Nosotros podremos ayudarle en un cierto número de cosas, tales como para hacer una cita con un doctor y para mantener informados a todos sus proveedores acerca de los cuidados de salud que recibe. Para conocer más, llame al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

### **Servicios de transporte están disponibles para algunos miembros**

Como miembro de UnitedHealthcare, el transporte para situaciones que no son emergencias está disponible y se ofrece para llevarlo y traerlo en la forma en que se explica en el plan de los cuidados de salud del miembro.

### **Nosotros hablamos su idioma**

Si usted habla un idioma que no sea inglés, podemos proporcionar materiales impresos traducidos sin costo para usted, o podemos proporcionar un intérprete que puede ayudar a entender estos materiales. Encontrará más información acerca de servicios de interpretación y asistencia lingüística en la sección “Otros Detalles del Plan”. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

### Emergencias

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

### Números de teléfono importantes

**Servicios para Miembros** ..... **1-800-941-4647, TTY 711**  
las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Administración de Cuidados MLTSS** ..... **1-800-645-9409, TTY 711**

**Servicios de salud del comportamiento** ..... **1-800-941-4647, TTY 711**  
**(Behavioral Health Services)**

Los miembros que no son clientes DDD o que no se encuentran inscritos en MLTSS o FIDE SNP deben llamar a la oficina local del Servicio de Asistencia Médica para Clientes (MACC) acerca de los servicios de salud mental. Para los servicios acerca del uso de sustancias, los miembros que no son clientes DDD o que no se encuentran en MLTSS o FIDE SNP, llamen a la línea directa de NJ Addiction Services – Servicios de Adicción – al **1-844-276-2777, TTY 711**, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

### Tratamiento asistido con medicamentos (MAT) y tratamiento de adicción llevado a cabo en la oficina (OBAT)

MAT es el uso de medicamentos aprobados por la FDA, en combinación con asesoramiento y otras terapias, para el tratamiento de trastornos por el uso de sustancias. OBAT es un programa diseñado para mejorar el acceso y el uso de los servicios MAT al proporcionar apoyos adicionales. Estos servicios se pueden coordinar con su proveedor de atención primaria (PCP).

Si usted necesita servicios MAT u OBAT o tiene preguntas acerca de estos u otros servicios del plan de salud, llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647, TTY 711**.

# Usted puede empezar a usar sus beneficios de farmacia de inmediato

UnitedHealthcare ha creado una red de farmacias para facilitar la obtención de sus recetas. Su plan cubre medicamentos de receta. Los miembros de NJ FamilyCare C y D, con algunas excepciones, tendrán un copago. Consulte su manual para miembros para obtener más detalles.

Para ciertas recetas, es posible que usted necesite una aprobación previa. La aprobación previa significa que debemos dar permiso antes de que obtenga un medicamento específico. Le informaremos si necesita nuestra aprobación previa para cualquiera de sus recetas. Si tiene que surtir una receta, asegúrese que:

- Verifique que su medicamento recetado esté en la lista de medicamentos preferidos (PDL), publicada en nuestro sitio en internet en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). Esta lista le indicará qué medicamentos están cubiertos por su plan.
- Surta sus recetas en una de las farmacias de nuestra red. Usted puede encontrar una lista de estas farmacias en nuestro sitio en internet. Muestre su tarjeta de identificación de miembro en la farmacia cuando surta sus recetas. Esto confirma su elegibilidad y ayuda a la farmacia a procesar su reclamación.

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus medicamentos recetados, consulte a su PCP o llame a Servicios para Miembros al número que se anota al reverso de su tarjeta de identificación.

## 1. ¿Están sus medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos?

### Sí

Si sus medicamentos están incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos, usted no tiene ningún problema. Asegúrese de mostrar al farmacéutico su nueva tarjeta de identificación como miembro cada vez que sus medicamentos le sean surtidos.

### No

Si sus medicamentos no están incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos, haga una cita con su doctor dentro de los siguientes 30 días. Los doctores le ayudarán a cambiar de medicamentos a uno que se encuentre dentro de la Lista de Medicamentos Preferidos. Su doctor también puede ayudarle a que se haga una excepción en su caso si el doctor piensa que usted necesita un medicamento de marca que es médicamente necesario y que no se encuentra en la lista.

### ¿No está seguro?

Acuda a internet para revisar la Lista de Medicamentos Preferidos en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) (haga clic sobre “Find a Drug” en la parte izquierda de la pantalla). Usted también puede llamar a Servicios para Miembros. Nosotros estamos aquí para ayudarle.

## 2. ¿Tiene usted una receta para un medicamento?

Cuando usted tenga una receta para un medicamento que le extendió un doctor o usted necesita surtir de nuevo un medicamento de receta, acuda a una farmacia que sea parte de nuestra red. Muestre al farmacéutico su tarjeta de identificación como miembro. Usted puede encontrar una lista de las farmacias de nuestra red en el Directorio de Proveedores en internet en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). Usted también puede llamar a Servicios para Miembros.

## 3. ¿Necesita usted surtir de nuevo un medicamento que no se encuentra en la Lista de Medicamentos Preferidos?

Si usted necesita que le surtan de nuevo medicamentos que no figuran en la Lista de Medicamentos Preferidos, usted puede obtener un suplemento temporal para 5 días. Para hacer esto, visite una de las farmacias que pertenecen a nuestra red y enseñe su tarjeta de identificación como miembro. Si usted no tiene su tarjeta ID, puede enseñar al farmacéutico la información abajo anotada. Hable con su doctor acerca de sus opciones de medicinas de receta. Puede ser necesaria una autorización previa.

### Attention Pharmacist

Please process this UnitedHealthcare member's claim using:

**BIN:** 610494

**Processor Control Number:** 9999

**Group:** ACUNJ

If you receive a message that the member's medication needs a prior authorization or is not on our formulary, please call **OptumRx®** at **1-877-305-8952** for a transitional supply override.

# Para ir al doctor

---

## Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)

Nosotros le llamamos al doctor principal con quien consulta Proveedor de Atención Primaria o PCP. Cuando usted consulta varias veces con el mismo PCP, es fácil que se desarrolle una relación con ese doctor. Cada miembro de la familia puede tener su propio PCP o usted puede escoger que todos consulten con el mismo doctor. Usted visitará a su PCP para:

- Cuidados de rutina, incluyendo revisiones médicas
- Coordinar cuidados de salud con un especialista
- Tratamientos para la gripe o para un catarro
- Determinando si el procedimiento es médico o dental
  - Si el dentista puede abordar mejor el procedimiento y el miembro no está familiarizado con un dentista de par con el plan, debe llamar a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**, para obtener los nombres de los dentistas de par con el plan cercanos a su domicilio
- Aconseje la primera visita al dentista para todos los niños, a partir de un año de edad, y el cuidado dental regular durante la niñez (no se requiere una referencia de su PCP)
- Otras condiciones de salud que le preocupen

### ¿Qué es un proveedor de la red?

Los proveedores de la red tienen un contrato con UnitedHealthcare para darles los cuidados de salud a nuestros miembros. Usted no necesita llamarnos antes de consultar con uno de estos proveedores. Puede haber algunas ocasiones en donde usted tenga que obtener servicios por fuera de nuestra red. Llame a Servicios para Miembros para conocer si esos servicios están cubiertos. Es posible que usted tenga que pagar por ellos si no lo están.

### Usted tiene opciones

Usted puede escoger entre los muchos tipos de proveedores dentro de nuestra red para que sea su PCP. Algunos de los PCP incluyen:

- Doctores de Familia (llamados también Doctores de Medicina en General) – ellos dan tratamiento a niños y adultos
- Ginecólogos (GYN) – dan tratamiento a mujeres
- Doctores de Medicina Interna (también llamados Internistas) – dan tratamiento a los adultos
- Enfermera Practicante (NP) – dan tratamiento a niños y adultos
- Obstetras (OB) – dan tratamiento a mujeres embarazadas
- Pediatras – dan tratamiento a niños
- Asistentes de Doctor (PA) – dan tratamiento a niños y adultos

A veces su PCP puede utilizar asistentes de atención médica capacitados, como enfermeros practicantes o asistentes de médicos, para ayudarlo con sus cuidados.

### Conozca más acerca de los doctores de la red

Usted puede obtener información acerca de los doctores en la red, tales como nombre, dirección, teléfono, calificaciones profesionales, especialidades, escuela de medicina, residencia, sus certificaciones y que idiomas ellos hablan, acudiendo a [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) o llamando a Servicios para Miembros.

### Para escoger a su PCP

Si usted ha consultado con un doctor antes de inscribirse como miembro en UnitedHealthcare, revise si su doctor es parte de nuestra red. Si usted está pensando en escoger a un nuevo PCP, considere escoger a un doctor que se encuentre cerca de su casa o de su trabajo, esto le facilitará ir a sus citas.

Hay tres maneras que puede emplear para encontrar al PCP correcto para usted.

1. Consulte nuestro directorio impreso de Proveedores.
2. Use la herramienta de búsqueda a “Find-A-Doctor” en [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan).
3. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**. Nosotros podremos contestar a sus preguntas y ayudarlo a encontrar a un PCP cerca de usted.

## Para ir al doctor

---

Una vez que ha escogido a un PCP, llame a Servicios para Miembros e infórmenos. Nosotros son aseguraremos que sus records están al día. Si usted no quiere escoger a un PCP, UnitedHealthcare puede escoger alguno por usted, basándonos en su localización y en el idioma que usted hable.

Tener un PCP que usted conoce y que lo(a) conoce es parte importante de ser miembro de UnitedHealthcare. La mejor manera de familiarizarse con su PCP es realizarse un examen físico completo tan pronto como pueda. Este examen también se conoce como un examen de referencia. Durante este examen, su PCP le hará preguntas sobre su historia de salud. Este examen puede ayudar a detectar problemas antes de que se vuelvan graves. Después de conocerlo(a) y enterarse de su historia de salud, su PCP puede ayudarle mejor a mantenerse sano(a).

Para programar este examen, llame al consultorio de su PCP e informe que esta es su primera visita. Debe visitar a su PCP por lo menos una vez al año. Su PCP controlará su salud y le ayudará a prevenir enfermedades. Si tiene problemas, llame a Servicios para los miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**. Consulte las páginas 24 a 26 para obtener un calendario razonable para las citas.

Su Administrador de Cuidados de Salud de UnitedHealthcare puede también ayudarle con arreglos para el acceso si usted se encuentra confinado en su casa.

## Para cambiar de PCP

Queremos que esté contento(a) con su PCP. Usted tiene el derecho de cambiar de PCP llamando a Servicios para los miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**. Podemos conversar con usted sobre por qué quiere cambiar su PCP y también incluso le podemos ayudar a resolver los problemas que pudiera tener con su PCP. Además le podemos enviar un directorio de proveedores actualizado.

Si desea cambiar de médicos, Servicios para los miembros le puede ayudar a elegir un nuevo PCP, sin ningún costo para usted. Se asegurarán de que usted reciba una nueva tarjeta de identificación del miembro de UnitedHealthcare que tenga el nombre y el número telefónico de su nuevo PCP. Le informaremos cuándo puede comenzar a ver a su PCP si es necesario.

Es posible que no pueda cambiar a un PCP específico si ese PCP no trata a miembros de su grupo de edad o no acepta pacientes nuevos.

Puede pedir que su PCP anterior envíe sus expedientes médicos a usted o a su nuevo PCP sin costo para usted. Su solicitud de afiliación firmada permite que su PCP anterior divulgue expedientes médicos a sus proveedores y a UnitedHealthcare.

Si usted desea cambiar de dentista, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711** y ellos podrán ayudarlo a encontrar un nuevo dentista.

20 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

## Coordinando sus cuidados de salud

Los cuidados de salud hoy en día requieren que usted visite a muchos diferentes proveedores; más que solamente a su Proveedor de Atención Primaria (PCP). Es por eso que es importante que sus cuidados de salud sean coordinados para evitar la repetición de servicios y medicamentos. Usted se beneficiará cuando su doctor primario, sus proveedores de los cuidados de salud y su plan de salud coordinen sus cuidados, porque ellos estarán trabajando en conjunto para brindarle los cuidados correctos, en el momento adecuado y en el entorno correcto. Su atención médica debe sentirse como una asociación entre usted y su proveedor con el objetivo de mantenerlo saludable.

### ¿Cómo puede usted ayudar a la coordinación de sus cuidados de salud?

- Informe a su PCP acerca de todos los especialistas con los que consulta. Hable acerca de cualquiera de las pruebas o medicamentos que el especialista haya prescrito o sugerido.
- Pida a su especialista contactar a su PCP directamente y envíe una copia de sus reportes y resultados médicos. Esto ayudará a evitar la repetición de los cuidados de salud o prevendrá los problemas que se presentan cuando los pacientes toman dos o más medicamentos que no deben emplearse al mismo tiempo.
- Cuando usted consulte con un especialista, pida una copia de su reporte y resultados médicos, así podrá usted llevar esos documentos a su PCP. Es una buena idea que usted guarde también una copia.
- Si la visita a la cita de emergencia fue por una afección dental, asegúrese de informar a su dentista y programar una cita con su PCP.
- Si usted ha visitado una sala de emergencia o lo han hospitalizado, asegúrese de informar a su PCP. También puede pedirle al personal de la sala de emergencias que envíe una copia de la visita a su PCP.
- Si ha sido ingresado en el hospital o ha tenido una visita a la sala de emergencias, asegúrese de informar a su PCP y programar un seguimiento. Cuando esté en el hospital o en la sala de emergencias, también puede pedirle al personal del hospital que envíe una copia de su información médica a su PCP o PCD.
- Si su PCP o su especialista ordena una prueba, pregunte al proveedor cuando estarán listos los resultados. Pregunte la forma en que usted recibirá esos resultados; será por teléfono, por carta o en un correo electrónico por medio de un portal seguro para pacientes. Asegúrese de conocer todos los resultados de sus pruebas médicas aun cuando los resultados sean normales. Esto ayudará a usted y a su doctor para confirmar que ningún resultado de sus pruebas esta faltante.
- Traiga una lista de todos los medicamentos que toma (incluidas las vitaminas y los medicamentos de venta libre)

Recuerde, usted, su doctor y su plan de salud son socios en los cuidados para su salud.

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), 21  
o llame a Servicios para Miembros al 1-800-941-4647, TTY 711.

# Revisiones anuales

### La importancia de su revisión anual

Usted no tiene que estar enfermo para acudir a un doctor. En realidad, las revisiones anuales con su PCP le ayudarán a mantenerse sano. Además de revisar su salud en general, su PCP estará seguro de que usted obtenga las pruebas, revisiones y vacunas que necesita (vacunas para niños, adolescentes y adultos). Y si hay cualquier otro problema, usualmente es mucho más fácil darle tratamiento si se descubren de manera temprana.

A continuación se mencionan algunas importantes revisiones de salud preventiva. Que tan a menudo a usted se le dan estas revisiones está basado en su edad y en los factores de riesgo que tenga. Consulte con su doctor para conocer cuál es lo correcto en su caso.

### Para las mujeres

- Prueba de Pap (Papanicolau) — ayuda a detectar el cáncer cervical
- Examen de las mamas/mamografías — ayuda a detectar el cáncer de los pechos; de 35 a 39 años de edad para la mamografía basal; y de 40 a 74 años de edad para la mamografía
- Examen de detección de cáncer colorrectal — ayuda a detectar el cáncer de colon; de 50 a 75 años de edad
- Estatura, peso y el índice de su masa corporal (BMI)

### Para los hombres

- Examen de los testículos — ayuda a detectar el cáncer testicular
- Examen de la próstata — ayuda a detectar el cáncer de próstata; de 50 a 75 años de edad
- Examen de detección de cáncer colorrectal — ayuda a detectar el cáncer de colon; de 50 a 75 años de edad
- Estatura, peso y el índice de su masa corporal (BMI)

## Exámenes del bienestar para niños – EPSDT

Las citas para revisar el bienestar del niño son hechas para que su PCP evalúe como su hijo va creciendo y desarrollándose. Así mismo, durante estas visitas le darán otras pruebas necesarias, como la evaluación del habla y la audición y la visión, evaluaciones dentales, estatura, peso, el porcentaje del Índice de la masa corporal (BMI), vacunas y pruebas de nivel de plomo en la sangre. Estas visitas de rutina son también una buena oportunidad para que usted haga todas las preguntas que tenga acerca del comportamiento y de la salud en general de su hijo, incluyendo:

- Su alimentación
- Sus hábitos de dormir
- Salud dental/oral
- Su comportamiento
- Su socialización
- Sus actividades físicas
- Desarrollo físico
- Desarrollo mental
- Determinantes sociales de la salud (SDOH)

Las vacunas que el doctor comúnmente se da a su hijo y la forma en que éstas lo protegen son las siguientes:

- **Hepatitis A & Hepatitis B:** previenen a dos infecciones comunes del hígado.
- **Rotavirus:** protege contra un virus que produce diarrea severa.
- **Difteria:** previene en contra de infecciones peligrosas de la garganta.
- **Tétanos:** previene en contra de una peligrosa enfermedad de los nervios.
- **Tosferina:** protege en contra de esta enfermedad de las vías respiratorias.
- **HiB (Haemophilus influenza tipo B):** previene la meningitis por Haemofilus en la niñez.
- **Meningococical:** previene la meningitis bacteriana.
- **Polio:** previene que el virus de la poliomielitis cause parálisis.
- **MMR:** previene el sarampión, las paperas y la rubeola.
- **Varicela:** previene la varicela.
- **Influenza:** protege en contra del virus de la influenza.

### Horario de los exámenes médicos EPSDT Niño sano

Es importante hacer para sus exámenes de bienestar para las siguientes edades:

|                  |                              |
|------------------|------------------------------|
| de 3 a 5 días    | a los 15 meses               |
| al mes de nacido | a los 18 meses               |
| a los 2 meses    | a los 24 meses               |
| a los 4 meses    | a los 30 meses               |
| a los 6 meses    | a los 3 años                 |
| a los 9 meses    | a los 4 años                 |
| a los 12 meses   | Anualmente hasta los 21 años |

## Para ir al doctor

- **Vacuna neumocócica:** previene en contra de las infecciones de los oídos, de la sangre, neumonía y meningitis bacteriana.
- **HPV (vacuna del virus del papiloma humano):** protege en contra de enfermedades transmitidas sexualmente que pueden producir el cáncer cervical en las mujeres y verrugas genitales en los hombres basado en la edad.

El enlace de los CDC para las vacunas es <https://www.cdc.gov/vaccines>.

## Para hacer una cita con su PCP y PCD

Llame a la oficina de su doctor (PCP) directamente. El número debe aparecer en su tarjeta de identificación como miembro. Cuando usted llame para hacer una cita, asegúrese de informar a la oficina cuál es la razón por la cual está haciendo esa cita. Esto asegurará que usted obtenga el tipo de cuidados de salud que necesita, cuando usted lo necesita y tiempo adecuado con su PCP. Si no sabe quién es su dentista de atención primaria (PCD), llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**, para obtener ayuda. Este es el tiempo de espera para obtener una cita:

| Cuánto se debe tomar para que pueda ver a su PCP o a su dentista:   |  |
|---|--|
| Para emergencia   | Inmediatamente                             |
| Para urgencias<br>(condiciones que no ponen en peligro la vida)   | Dentro de 24 horas                         |
| Cuidados sintomáticos agudos<br>(en donde usted no se siente bien, pero su vida no está en peligro)                               | Dentro de 72 horas                         |
| De rutina<br>(Cuidados de salud preventivos, como por ejemplo exámenes anuales o revisiones de los medicamentos que está tomando) | Dentro de 28 días                          |
| Referencias a especialistas   | Dentro de 4 semanas o antes                |
| Cuidados urgentes de especialidad   | Dentro de 24 horas después de ser referido |

| <b>Cuánto se debe tomar para que pueda ver a su PCP o a su dentista:</b>           |  |
|--|--|
| Exámenes físicos básicos<br>(para adultos)   | Dentro de 180 días hábiles después de inscribirse  |
| Exámenes físicos básicos<br>(para niños menores de 21 años y adultos clientes DDD) | Dentro de 90 días después de inscribirse o para niños tal como se requiere por directrices de EPSDT (Bienestar del niño)   |
| Resultados de laboratorio y radiología   | Dentro de 24 horas en casos urgentes o de emergencia.<br>Dentro de 10 días hábiles para casos que no sean de urgencia o emergencia.  |
| Servicios de laboratorio y radiología  | 3 semanas para citas de rutina;<br>48 horas para cuidados urgentes.  |
| Cuidados prenatales<br>(mujeres embarazadas)                                       | Dentro de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 semanas en un embarazo comprobado (por pruebas en casa o de laboratorio)</li> <li>• 3 días en casos identificados como de alto riesgo</li> <li>• 7 días cuando se solicita en el 1er y 2o. trimestres</li> <li>• 3 días en la primera solicitud durante el 3er. trimestre</li> </ul> |
| Exámenes físicos de rutina   | Dentro de 4 semanas para exámenes físicos de rutina para escuelas, campo de verano, trabajo, etc.  |
| Tiempo de espera en el consultorio   | Menos de 45 minutos  |
| Citas iniciales de pediatría   | Dentro de los 3 primeros meses de inscripción; UnitedHealthcare le llamara para hacer la cita  |

## Para ir al doctor

| <b>Cuánto se debe tomar para que pueda ver a su PCP o a su dentista:</b>                             |   |
|--|---|
| Citas dentales   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Se recomienda un examen dental inicial en las 2 semanas posteriores a la inscripción</li><li>• Tratamientos dentales de emergencia dentro de las primeras 48 horas de dolor, hinchazón facial, una lesión dental, una hemorragia no controlada o una infección de los dientes o encías (menos tiempo si es una condición más seria). Consulte “Atención dental de emergencia” en la página 34 para obtener más información y asegúrese de recibir tratamiento de seguimiento por parte de un proveedor dental.</li><li>• Citas para cuidados de urgencia dentro de 3 días</li><li>• Citas de rutina, citas sin síntomas, dentro de 30 días</li></ul> <p>Por favor revise la tabla de beneficios que empieza en la página 39 para conocer la cobertura específica.</p> |
| Citas para la salud mental/uso de sustancias<br>(para clientes DDD y miembros MLTSS solamente)       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de emergencia: inmediatamente</li><li>• Citas para cuidados urgentes: dentro de 24 horas</li><li>• Citas para cuidados de rutina: dentro de 10 días</li></ul>   |
| SSI y cuidados por New Jersey Care<br>(Pacientes de la mayor edad ABD y suscriptores discapacitados) | UnitedHealthcare le llamará para ofrecerle una visita inicial con un PCP dentro de los primeros 45 días a partir de la fecha efectiva de su inscripción. Si usted tiene necesidades especiales, le llamaremos dentro de los 10 primeros días de la fecha de inscripción y le ofreceremos una cita más pronta.   |

## Preparación para su cita con su PCP

### Antes de la cita

1. Acuda a la cita conociendo que es lo que quiere en esa visita (obtener tratamiento para los síntomas que tiene, una referencia a un especialista, información específica, etc.).
2. Haga una nota de cualquier nuevo síntoma que tenga y de cuándo empezó.
3. Haga una lista de los medicamentos o vitaminas que usted tome regularmente.

### Durante las visita

Cuando usted vea al doctor, no tenga timidez en:

- Preguntarle lo que sea
- Tomar notas, si esto le ayuda a recordar lo que se diga
- Pedirle al doctor que hable más despacio o que le explique cualquier cosa que usted no entienda
- Pedirle más información acerca de medicamentos, tratamientos o acerca de su condición
- Asegúrese de comprender los tratamientos finales y si está de acuerdo con el plan de tratamiento

## Si usted necesita cuidados de salud y la oficina de su proveedor está cerrada

Llame a su PCP si necesita cuidados de salud que no son de emergencia. El teléfono de su proveedor se contesta a las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Su proveedor o alguien en su oficina le ayudará a que usted tome la decisión correcta para obtener los cuidados que necesita.

A usted se le puede indicar:

- Ir a una clínica que se encuentre abierta o ir a un centro de cuidados urgentes
- Ir a su clínica al día siguiente por la mañana
- Ir a una sala de emergencias (Emergency Room, ER)
- Obtener medicamentos de su farmacia

# Las referencias y los especialistas

Una referencia es cuando su PCP le indica que usted necesita ir a otro médico que se especializa en la atención de ciertas partes del cuerpo o ciertas condiciones. Este otro médico se denomina especialista. Debe visitar a su PCP antes de ver a un especialista. 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 especialista. Si la visita es urgente, su PCP puede llamar y programar la cita para usted. Los ejemplos de especialistas incluyen:

- Cardiólogo — problemas de corazón
- Neumólogo — problemas de pulmones o de la respiración

### No necesita una referencia de su PCP para:

- Servicios de emergencia
- OB/GYN
- Optometristas
- Dermatólogos
- Profesionales de salud mental/uso de sustancias
- Quiroprácticos
- Dentistas, incluyendo dentistas pediátricos u otros especialistas odontológicos. Usted necesita aprobación previa si va a tener un tratamiento con un proveedor fuera de nuestra red.

En ocasiones, personas afectadas por ciertas condiciones estarán mejor si un especialista actúa como su PCP. Si usted piensa que es mejor que un especialista sea su PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**. Usted también puede solicitarle a su PCP o a UnitedHealthcare por una referencia permanente. Una referencia permanente le permitirá ver a un especialista en cualquier momento en que lo necesite, sin tener que llamar primero a su PCP. Si usted quiere tener una referencia permanente, póngase en contacto con su administrador de cuidados.

Si usted piensa que necesita a un especialista o necesita acudir a un centro de cuidados de especialidad constantemente, puede obtener también una referencia permanente a un especialista o a un centro de cuidados de especialidad. Si tiene cualquier pregunta acerca de las referencias, llame a Servicio para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**. Si UnitedHealthcare no tiene un doctor con el entrenamiento o la experiencia que usted requiere, nosotros haremos los arreglos necesarios para que usted consulte con un proveedor que se encuentre fuera de nuestra red. Nosotros trabajaremos con su PCP para obtener esta referencia. Usted no tendrá que pagar por estos cuidados de salud.

Su especialista (o un sustituto aprobado) se encontrarán disponibles para usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usted puede llamar a un especialista en cualquier momento en que tenga una pregunta o un problema, sin importar la hora que sea.

Para obtener servicios auto-referidos, usted puede llamar a un proveedor en la lista anotada en la sección de Auto-Referencias (Self-Referral) de nuestro Directorio de Proveedores. Si usted tiene cualquier pregunta, por favor llame a Servicio para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

## Obtener una segunda opinión

Una segunda opinión es cuando usted desea visitar un segundo médico o dentista por el mismo problema de salud o dental. Usted puede recibir una segunda opinión respecto de todos los servicios cubiertos. Esta es su opción. No se le exige a usted que reciba una segunda opinión. Si el tipo de doctor o dentista que se necesita para ofrecer una segunda opinión no se encuentra disponible dentro de la red, nosotros haremos los arreglos para obtener una segunda opinión por fuera de la red sin un mayor costo para usted que el que tendría por un servicio provisto dentro de la red. Se puede necesitar una autorización previa. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**, para obtener ayuda.

## Autorizaciones previas

En algunos casos su proveedor tiene que obtener permiso del plan de salud antes de proporcionarle un servicio. Esto se denomina autorización previa. Esto es la responsabilidad de su proveedor. Si no obtienen una autorización previa de nosotros, usted no podrá recibir esos servicios.

No se necesita autorización previa para los servicios avanzados de toma de imágenes que se llevan a cabo en las salas de emergencia, las unidades de observación, instituciones de cuidados urgentes o durante la hospitalización del paciente no requieren de previa autorización. No se necesita una autorización previa para las emergencias. Tampoco no se necesita una autorización previa para ver a un proveedor de atención médica para de mujer para servicios de atención médica de mujer o si está embarazada.

### **Se puede necesitar una autorización previa**

Algunos servicios que requieren autorización previa incluyen:

- Admisión a hospitales
- Cuidados de salud en el hogar
- Ciertos procedimientos de toma de imágenes en pacientes ambulatorios, incluyendo escaneos de MRIs, MRAs, CTs y PETs
- Estudios de sueño
- Medicamentos que son médicamente necesarios pero no se encuentran en la lista de medicamentos preferidos
- Ciertos servicios dentales — para más información, consulte la tabla de Servicios dentales, página 44
- Si la autorización previa ha expirado, será necesario solicitar una nueva autorización previa

Si ocurre un cambio en la inscripción en la MCO o en Costo-por-servicio, los servicios dentales aprobados por una autorización previa activa serán reconocidos, siempre y cuando esta autorización previa para esos servicios es otorgada por la MCO de nueva inscripción. Esta autorización previa deberá ser reconocida mientras continúe estando activa o por un período de seis meses, cualquiera que sea el período más largo.

## **Continuación de los cuidados de salud si su PCP abandona nuestra red**

A veces un PCP se retira de nuestra red. Si esto sucede con su PCP, usted recibirá una carta de nosotros informándole acerca de ello. En algunas ocasiones, UnitedHealthcare pagará por servicios que estén cubiertos que sean brindados por los doctores por hasta cuatro meses después que ellos han abandonado a nuestra red. Usted podría aún continuar obteniendo cuidados de salud y tratamientos cuando su doctor deja nuestra red si usted continúa bajo tratamiento por un serio problema médico. Por ejemplo, si usted está recibiendo quimioterapia para el cáncer, la continuación de la atención con el PCP que abandona la red es de un año y hasta seis semanas después del parto para las mujeres embarazadas cuyo médico abandona la red. Para conocer más acerca de esto, por favor llame a su doctor. Pida que soliciten una autorización para continuar con el cuidado y tratamientos que usted recibe de UnitedHealthcare.

## Si usted requiere cuidados para la salud cuando se encuentra fuera de su ciudad

UnitedHealthcare Community Plan pagará por cuidados de rutina fuera de su área solamente cuando:

- Usted llama a su PCP primero y su PCP le indica que es importante que usted obtenga cuidados de salud antes de retornar a su casa

## Servicios de transporte

UnitedHealthcare pagará para todos los miembros transporte de emergencia. En ocasiones usted puede necesitar tener transporte para ir al doctor o dentista debido a una lesión o enfermedad severa. Cuando esto suceda, su PCP trabajará con FFS. Para solicitar estos servicios, llame a ModivCare al 1-866-527-9933 o TTY 1-866-288-3133.

# Hospitales y emergencias

---

## Cuidados de emergencia

Las salas de un hospital de emergencias están para poderle ofrecer tratamientos de emergencia por trauma, serias lesiones y síntomas que pongan en peligro la vida. Algunas razones para acudir a una sala de emergencias incluyen, pero no se limitan a:

- Una enfermedad seria
- Fracturas de huesos
- Respiración dificultosa
- Dolor en el pecho
- Debilidad en un lado del cuerpo
- Sangrado severo
- Habla arrastrada
- Problemas repentinos de visión
- Envenenamiento
- Cortaduras o quemaduras severas
- Empezando el parto

UnitedHealthcare cubre cualquiera de los cuidados de emergencia que usted necesite dentro de los Estados Unidos y de sus territorios incluyendo los costos de pruebas de emergencia cuando la condición parezca ser una emergencia para una persona sin conocimientos médicos. Usted no necesita de una autorización previa para exámenes de emergencia ya sea dentro o por fuera de la red. Dentro de las primeras 24 horas después de su visita a una sala de emergencia, llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**. Usted debe llamar también a su PCP para informarle acerca de esta visita para que usted pueda recibir los cuidados de seguimiento si los necesita.

### No se demore

Si usted tiene una emergencia, llame al 911 o acuda al hospital más cercano.

# Cuidados urgentes

Las clínicas de cuidados urgentes, están ahí para las situaciones en donde usted tiene que ver a un doctor para cualquier condición que no es de vida o muerte, pero su PCP no se encuentra disponible o es fuera de las horas de oficina de su clínica. Las condiciones de salud que son las indicadas para tratar de obtener cuidados urgentes son:

- Un dolor de garganta
- Dolor de oído
- Cortaduras o quemaduras menores
- Infección ocular
- Gripe
- Fiebre menor
- Torceduras

Si usted o sus hijos tienen un problema que es urgente, llame a su PCP primero. Su doctor puede ayudarle a obtener los cuidados correctos. Su doctor también podrá indicarle si necesita acudir a una sala de cuidados urgentes o una sala de emergencias.

### Para planear con anticipación

Es bueno si usted sabe en donde se localiza la clínica de cuidados urgentes más cercana. Usted puede encontrar una lista de clínicas de cuidados urgentes en su Directorio de Proveedores. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

# Servicios de hospital

En ocasiones puede ser necesario para su salud que se requiera que usted acuda a un hospital. En un hospital hay servicios para pacientes ambulatorios y para pacientes que sean hospitalizados.

**Los servicios para pacientes ambulatorios** incluyen rayos-X, pruebas de laboratorio y cirugías menores. Su PCP le indicará si necesita servicios ambulatorios. La oficina de su doctor puede ayudarle hacer una cita.

**Los servicios de hospitalización** requieren que usted permanezca en el hospital durante la noche. Esto puede incluir una enfermedad seria, cirugía o parto.

Los servicios de hospitalización requieren que usted sea admitido (a lo que se le llama admisión de hospitalización) al hospital. El hospital contactará a UnitedHealthcare y solicitará la autorización para brindarle los cuidados de salud. Si el doctor que le admite en el hospital no es su PCP, usted debe llamar a su PCP e informarle que lo están hospitalizando. También puede solicitar al personal del hospital que notifique a su PCP que se encuentra en el hospital.

### Para ir al hospital

Usted debe acudir a un hospital solamente si requiere tratamiento de emergencia o si así se lo indicó su doctor.

# Cuidados dentales de emergencia

Los servicios dentales de emergencia están cubiertos por su plan. Comuníquese con un proveedor dental dentro de la red a menos que usted esté experimentando un trauma facial que incluye huesos rotos, mandíbula dislocada o inflamación/infección severa que puede requerir asistencia en una sala de emergencias. Se pueden usar proveedores fuera de la red si un proveedor dentro de la red no está disponible.

Para obtener información adicional, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**. También puede llamar a Servicios para Miembros si no ha seleccionado un dentista o no puede encontrar un dentista.

## Servicios de estabilización posteriores

Los servicios de estabilización posterior están cubiertos y provistos sin que sea necesario tener una previa autorización. Estos servicios son necesarios después de que una emergencia médica se ha estabilizado.

## Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos

Si se encuentra fuera de los Estados Unidos y necesita atención médica, cualquier servicio médico que reciba no será cubierto por UnitedHealthcare. NJ FamilyCare no puede pagar los servicios médicos que reciba fuera de los Estados Unidos.

# Farmacia

---

## Medicamentos de receta

### Sus beneficios incluyen medicamentos de receta

UnitedHealthcare cubre cientos de medicamentos de receta que pueden surtirse en cientos de farmacias. La lista completa de los medicamentos cubiertos está incluida en la Lista de Medicamentos Preferidos. Usted puede surtir sus medicamentos de receta en cualquier farmacia que esté dentro de nuestra red. Todo lo que necesita hacer es mostrar su tarjeta de identificación como miembro.

### ¿Qué es la Lista de Medicamentos Preferidos?

Esta es una lista de los medicamentos que están cubiertos bajo su plan. Usted puede encontrar la lista completa en su formulario o en internet en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan).

### Medicamentos genéricos y de nombre

UnitedHealthcare requiere que todos los miembros usen medicamentos genéricos. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de nombre — estos medicamentos a menudo cuestan menos, pero ambos actúan de la misma manera.

En algunos casos, se cubre un número limitado de medicamentos de nombre. Estos medicamentos están limitados a ciertas clases (o tipos de medicamentos). Para algunos de ellos es necesario tener previa autorización de parte de UnitedHealthcare. Para conocer las reglas que aplican, consulte nuestra lista de medicamentos preferidos en internet o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

### Cambios a la Lista de Medicamentos Preferidos

La lista de los medicamentos cubiertos es revisada periódicamente y puede cambiar cuando medicamentos genéricos se encuentran disponibles. Hay algunos miembros que pueden tener que pagar una pequeña cantidad de dinero (llamado copago) por sus medicamentos recetados. Si usted tiene un copago, las cantidades se anotan en su tarjeta de identificación como miembro.

Su plan ahora le permite obtener un suministro de 90 días de medicamentos seleccionados en la farmacia minorista. Con un suministro de 90 días, no necesitará obtener un reabastecimiento cada mes. Hable con su médico para ver si sus medicamentos están incluidos en este beneficio; su médico puede escribirle una nueva receta para un suministro de 90 días del mismo medicamento que está tomando ahora. Para obtener más información, hable con su médico, farmacéutico o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

Algunos medicamentos requieren que antes de que se surtan su doctor debe obtener previa autorización. Su doctor debe llamar a UnitedHealthcare para obtener autorización para cualquier medicamento que requiere de autorización previa. UnitedHealthcare decidirá si se autorizan dentro de las primeras 24 horas después de haber obtenido toda la información necesaria. UnitedHealthcare autorizará un suplemento del medicamento recetado para cubrir 72 horas para cubrir su necesidad hasta que se haya autorizado, ya sea que se encuentre en nuestro formulario o que no lo esté.

## Medicamentos de venta libre (OTC)

UnitedHealthcare también cubre muchos de los medicamentos de venta libre (over-the-counter u OTC). Un proveedor de nuestra red debe escribir una receta por un medicamento de venta libre. La cantidad suministrada se limita a 30 días. Usted tiene que llevar esa receta y su tarjeta de identificación como miembro a cualquiera de las farmacias de nuestra red para que le surtan el medicamento. OTC incluyen:

- Medicamentos contra el dolor
- Medicamentos para la tos
- Cremas de primeros auxilios
- Medicamentos para el catarro
- Anticonceptivos
- Enjuagues con flúor

Para conocer la lista completa de medicamentos OTC cubiertos, acuda en internet a [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

# Medicamentos inyectables

Los medicamentos inyectables son medicamentos que se aplican por inyección y son beneficios cubiertos. Su médico puede solicitar que le envíen el medicamento inyectable al consultorio médico o al hogar de usted. En algunas circunstancias, su médico le hará una receta para medicamentos inyectables (como insulina) que puede recibir en una farmacia.

## Farmacia única (Pharmacy home)

Algunos miembros de UnitedHealthcare son asignados a una farmacia única (lock-in program). En este caso, los miembros deben obtener sus medicamentos de receta en una farmacia designada para ello. Esto se basa en el uso previo de ciertos medicamentos, incluyendo el caso de uso excesivo de los beneficios de farmacia, de narcóticos, de localidad de la farmacia y de otra información.

A los miembros de este programa se les enviará una carta con el nombre de la farmacia y/o tipo de proveedor que deben emplear por un tiempo razonable. Si usted recibe esta carta, tiene 30 días a partir de la fecha en la carta para solicitar un cambio de farmacia. En casos especiales, es posible que pueda solicitar un cambio de farmacia después de 30 días. Solo podrá usar una farmacia.

Para cambiar su farmacia, llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**. Nosotros estaremos seguros que usted puede obtener los medicamentos que requiere en un caso de emergencia. Por favor note que: un suplemento del medicamento por 72 horas es permitido en otras farmacias también.

Si recibe una carta que lo asigna a una farmacia única y usted no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a apelar esa decisión. Para hacer esto, llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**, o envíe su solicitud a:

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

Si usted está inscrito en NJ FamilyCare A o NJ FamilyCare ABP, puede solicitar una Audiencia imparcial. Tiene 20 días calendario a partir de la fecha de la carta que lo asigna a una farmacia designada para solicitar una Audiencia imparcial. La solicitud de una Audiencia imparcial debe presentarse al mismo tiempo que la apelación.

# Beneficios

---

## Resumen de beneficios

El Departamento de Servicios Humanos de New Jersey (New Jersey Department of Human Services), División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (Division of Medical Assistance and Health Services) administra los beneficios para las personas que reciben FFS y NJ FamilyCare A, ABP, B, C y D y MLTSS.

Las tablas en las páginas siguientes muestran los servicios que están cubiertos por UnitedHealthcare y FFS. Para los servicios que se muestran como “FFS,” los miembros necesitarán mostrar tanto la tarjeta del miembro como la tarjeta de identificación de Health Benefits (HBID) para los servicios marcados como “FFS”. Si tiene preguntas sobre lo que está cubierto o cómo obtener servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

UnitedHealthcare no discrimina en bases de la identidad o expresión de sexo o si el miembro es transgénero. UnitedHealthcare tampoco negará, cancelará, revocará la renovación o limitará la cobertura, ni tampoco negará una reclamación por servicios cubiertos debido a la identidad o expresión del género o por la razón que la persona cubierta sea transgénero. Esos servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a:

- Los servicios de atención médica relacionados con la transición de género si la cobertura está disponible bajo el contrato NJ FamilyCare cuando los servicios no están relacionados con la transición de género. Esto incluye pero no se limita a la terapia hormonal, histerectomía, mastectomía y entrenamiento vocal.
- Servicios de atención médica que están disponibles de manera ordinaria o exclusivamente para personas de un sexo cuando la denegación o limitación se debe solamente al hecho de que la persona está inscrita como perteneciente al otro sexo o ha experimentado o está en proceso de transición de género

## Resumen de beneficios

| Servicio/<br>Beneficio | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP  | NJ FamilyCare Plan B  | NJ FamilyCare Plan C  | NJ FamilyCare Plan D  |
|------------------------|---|---|---|---|
| Abortos                | Cubiertos por FFS.<br>Abortos y servicios relacionados, incluyendo (entre otros) procedimientos quirúrgicos, anestesia, historia y examen físico y pruebas de laboratorio.  | Cubiertos por FFS.<br>Abortos y servicios relacionados, incluyendo (entre otros) procedimientos quirúrgicos, anestesia, historia y examen físico y pruebas de laboratorio.  | Cubiertos por FFS.<br>Abortos y servicios relacionados, incluyendo (entre otros) procedimientos quirúrgicos, anestesia, historia y examen físico y pruebas de laboratorio.  | Cubiertos por FFS.<br>Abortos y servicios relacionados, incluyendo (entre otros) procedimientos quirúrgicos, anestesia, historia y examen físico y pruebas de laboratorio.  |
| Acupuntura             | Cubierto.   | Cubierto.   | Cubierto.   | Cubierto.   |
| Servicios para autismo | Cubierto por MCO y FFS.<br>Solamente cubierto para miembros menores de 21 años de edad para desórdenes del espectro autista.<br>Los servicios cubiertos incluyen terapias físicas, ocupacionales y del habla, servicios y dispositivos de comunicación aumentativos y alternativos, servicios de integración sensorial intervenciones basadas en el desarrollo y las relaciones y tratamiento de análisis de comportamiento aplicado (ABA). | Cubierto por MCO y FFS.<br>Solamente cubierto para miembros menores de 21 años de edad para desórdenes del espectro autista.<br>Los servicios cubiertos incluyen terapias físicas, ocupacionales y del habla, servicios y dispositivos de comunicación aumentativos y alternativos, servicios de integración sensorial intervenciones basadas en el desarrollo y las relaciones y tratamiento de análisis de comportamiento aplicado (ABA). | Cubierto por MCO y FFS.<br>Solamente cubierto para miembros menores de 21 años de edad para desórdenes del espectro autista.<br>Los servicios cubiertos incluyen terapias físicas, ocupacionales y del habla, servicios y dispositivos de comunicación aumentativos y alternativos, servicios de integración sensorial intervenciones basadas en el desarrollo y las relaciones y tratamiento de análisis de comportamiento aplicado (ABA). | Cubierto por MCO y FFS.<br>Solamente cubierto para miembros menores de 21 años de edad para desórdenes del espectro autista.<br>Los servicios cubiertos incluyen terapias físicas, ocupacionales y del habla, servicios y dispositivos de comunicación aumentativos y alternativos, servicios de integración sensorial intervenciones basadas en el desarrollo y las relaciones y tratamiento de análisis de comportamiento aplicado (ABA). |

| Servicio/<br>Beneficio        | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP   | NJ FamilyCare Plan B   | NJ FamilyCare Plan C   | NJ FamilyCare Plan D   |
|-------------------------------|--|--|--|--|
| Sangre y productos sanguíneos | <p>Cubierto.</p> <p>La sangre completa y sus derivados, así como los costos de procesamiento y administración necesarios, están cubiertos.</p> <p>La cobertura es ilimitada (sin límite de volumen o cantidad de productos sanguíneos).</p> <p>La cobertura comienza con la primera pinta de sangre.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>La sangre completa y sus derivados, así como los costos de procesamiento y administración necesarios, están cubiertos.</p> <p>La cobertura es ilimitada (sin límite de volumen o cantidad de productos sanguíneos).</p> <p>La cobertura comienza con la primera pinta de sangre.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>La sangre completa y sus derivados, así como los costos de procesamiento y administración necesarios, están cubiertos.</p> <p>La cobertura es ilimitada (sin límite de volumen o cantidad de productos sanguíneos).</p> <p>La cobertura comienza con la primera pinta de sangre.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>La sangre completa y sus derivados, así como los costos de procesamiento y administración necesarios, están cubiertos.</p> <p>La cobertura es ilimitada (sin límite de volumen o cantidad de productos sanguíneos).</p> <p>La cobertura comienza con la primera pinta de sangre.</p> |
| Medición de la densidad ósea  | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre una medición cada 24 meses (con mayor frecuencia si es médicamente necesario), así como la interpretación de los resultados por parte del doctor.</p>  | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre una medición cada 24 meses (con mayor frecuencia si es médicamente necesario), así como la interpretación de los resultados por parte del doctor.</p>  | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre una medición cada 24 meses (con mayor frecuencia si es médicamente necesario), así como la interpretación de los resultados por parte del doctor.</p>  | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre una medición cada 24 meses (con mayor frecuencia si es médicamente necesario), así como la interpretación de los resultados por parte del doctor.</p>  |

| Servicio/<br>Beneficio      | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP   | NJ FamilyCare Plan B   | NJ FamilyCare Plan C   | NJ FamilyCare Plan D   |
|-----------------------------|--|--|--|--|
| Pruebas<br>cardiovasculares | Cubierto.<br>Los exámenes<br>cardiovasculares anuales<br>están cubiertos para<br>todas las personas de 20<br>años de edad y mayores.<br>Pruebas más frecuentes<br>están cubiertas cuando<br>se determina que son<br>medicamentamente necesarias.   | Cubierto.<br>Los exámenes<br>cardiovasculares anuales<br>están cubiertos para<br>todas las personas de 20<br>años de edad y mayores.<br>Pruebas más frecuentes<br>están cubiertas cuando<br>se determina que son<br>medicamentamente necesarias.   | Cubierto.<br>Los exámenes<br>cardiovasculares anuales<br>están cubiertos para<br>todas las personas de 20<br>años de edad y mayores.<br>Pruebas más frecuentes<br>están cubiertas cuando<br>se determina que son<br>medicamentamente necesarias.   | Cubierto.<br>Los exámenes<br>cardiovasculares anuales<br>están cubiertos para<br>todas las personas de 20<br>años de edad y mayores.<br>Pruebas más frecuentes<br>están cubiertas cuando<br>se determina que son<br>medicamentamente necesarias.   |
| Servicios<br>quiropáticos   | Cubierto.<br>Cubre manipulación de<br>la espina.   |
| Prueba<br>colorectales      | Cubierto.<br>Cubre cualquier gasto<br>incurrido en los<br>exámenes de detección<br>de cáncer colorectal a<br>intervalos regulares para<br>beneficiarios de 50 años<br>de edad o mayores y para<br>aquellos de cualquier<br>edad que se considere<br>que tienen un alto riesgo<br>de cáncer colorectal. | Cubierto.<br>Cubre cualquier gasto<br>incurrido en los<br>exámenes de detección<br>de cáncer colorectal a<br>intervalos regulares para<br>beneficiarios de 50 años<br>de edad o mayores y para<br>aquellos de cualquier<br>edad que se considere<br>que tienen un alto riesgo<br>de cáncer colorectal. | Cubierto.<br>Cubre cualquier gasto<br>incurrido en los<br>exámenes de detección<br>de cáncer colorectal a<br>intervalos regulares para<br>beneficiarios de 50 años<br>de edad o mayores y para<br>aquellos de cualquier<br>edad que se considere<br>que tienen un alto riesgo<br>de cáncer colorectal. | Cubierto.<br>Cubre cualquier gasto<br>incurrido en los<br>exámenes de detección<br>de cáncer colorectal a<br>intervalos regulares para<br>beneficiarios de 50 años<br>de edad o mayores y para<br>aquellos de cualquier<br>edad que se considere<br>que tienen un alto riesgo<br>de cáncer colorectal. |

42 ¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan),  
o llame a Servicios para Miembros al 1-800-941-4647, TTY 711.

| Servicio/<br>Beneficio   | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP  | NJ FamilyCare Plan B  | NJ FamilyCare Plan C  | NJ FamilyCare Plan D  |
|--|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enema de bario</li> </ul>                       | <p>Cubierto.</p> <p>Cuando se usa en lugar de una sigmoidoscopia o colonoscopia flexible, se cubre una vez cada 48 meses.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cuando se usa en lugar de una sigmoidoscopia o colonoscopia flexible, se cubre una vez cada 48 meses.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cuando se usa en lugar de una sigmoidoscopia o colonoscopia flexible, se cubre una vez cada 48 meses.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cuando se usa en lugar de una sigmoidoscopia o colonoscopia flexible, se cubre una vez cada 48 meses.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia</li> </ul>                         | <p>Cubierto.</p> <p>Cubierto una vez cada 120 meses o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible de detección.</p>       | <p>Cubierto.</p> <p>Cubierto una vez cada 120 meses o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible de detección.</p>       | <p>Cubierto.</p> <p>Cubierto una vez cada 120 meses o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible de detección.</p>       | <p>Cubierto.</p> <p>Cubierto una vez cada 120 meses o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible de detección.</p>       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de sangre oculta en las heces</li> </ul> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubierto una vez cada 12 meses.</p>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible</li> </ul>              | <p>Cubierto.</p> <p>Cubierto una vez cada 48 meses.</p>   |

| Servicio/<br>Beneficio | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP   | NJ FamilyCare Plan B   | NJ FamilyCare Plan C   | NJ FamilyCare Plan D   |
|------------------------|--|--|--|--|
| Servicios dentales     | <p>Cubre servicios quirúrgicos de diagnóstico, preventivos, restauradores, endodónticos, periodontales, protésicos, orales y maxilofaciales, así como otros servicios generales complementarios.</p> <p>Algunos procedimientos pueden requerir autorización previa con documentación de necesidad médica.</p> <p>Los servicios de ortodoncia están permitidos para niños y tienen restricciones de edad y solo se aprueban con la documentación adecuada de una maloclusión discapacitante o una necesidad médica.</p> <p>(Continúa en la siguiente página.)</p> | <p>Cubre servicios quirúrgicos de diagnóstico, preventivos, restauradores, endodónticos, periodontales, protésicos, orales y maxilofaciales, así como otros servicios generales complementarios.</p> <p>Algunos procedimientos pueden requerir autorización previa con documentación de necesidad médica.</p> <p>Los servicios de ortodoncia están permitidos para niños y tienen restricciones de edad y solo se aprueban con la documentación adecuada de una maloclusión discapacitante o una necesidad médica.</p> <p>(Continúa en la siguiente página.)</p> | <p>Cubre servicios quirúrgicos de diagnóstico, preventivos, restauradores, endodónticos, periodontales, protésicos, orales y maxilofaciales, así como otros servicios generales complementarios.</p> <p>Algunos procedimientos pueden requerir autorización previa con documentación de necesidad médica.</p> <p>Los servicios de ortodoncia están permitidos para niños y tienen restricciones de edad y solo se aprueban con la documentación adecuada de una maloclusión discapacitante o una necesidad médica.</p> <p>(Continúa en la siguiente página.)</p> | <p>Cubre servicios quirúrgicos de diagnóstico, preventivos, restauradores, endodónticos, periodontales, protésicos, orales y maxilofaciales, así como otros servicios generales complementarios.</p> <p>Algunos procedimientos pueden requerir autorización previa con documentación de necesidad médica.</p> <p>Los servicios de ortodoncia están permitidos para niños y tienen restricciones de edad y solo se aprueban con la documentación adecuada de una maloclusión discapacitante o una necesidad médica.</p> <p>(Continúa en la siguiente página.)</p> |

44 ¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711.

| <b>Servicio/<br/>Beneficio</b>    | <b>NJ FamilyCare Plan A/<br/>ABP</b>  | <b>NJ FamilyCare Plan B</b>   | <b>NJ FamilyCare Plan C</b>   | <b>NJ FamilyCare Plan D</b>   |
|-----------------------------------|---|---|---|---|
| Servicios dentales (continuación) | Los ejemplos de servicios cubiertos incluyen (pero no se limitan a) evaluaciones orales (exámenes); radiografías y otras imágenes de diagnóstico; limpieza dental (profilaxis); tratamientos tópicos con flúor; empastes tratamiento del conducto radicular de coronas; escalamiento y planificación de raíces; dentaduras postizas completas y parciales; procedimientos quirúrgicos orales (para incluir extracciones); anestesia/sedación intravenosa (cuando sea médicamente necesario para procedimientos quirúrgicos orales).<br>(Continúa en la siguiente página.) | Los ejemplos de servicios cubiertos incluyen (pero no se limitan a) evaluaciones orales (exámenes); radiografías y otras imágenes de diagnóstico; limpieza dental (profilaxis); tratamientos tópicos con flúor; empastes tratamiento del conducto radicular de coronas; escalamiento y planificación de raíces; dentaduras postizas completas y parciales; procedimientos quirúrgicos orales (para incluir extracciones); anestesia/sedación intravenosa (cuando sea médicamente necesario para procedimientos quirúrgicos orales).<br>(Continúa en la siguiente página.) | Los ejemplos de servicios cubiertos incluyen (pero no se limitan a) evaluaciones orales (exámenes); radiografías y otras imágenes de diagnóstico; limpieza dental (profilaxis); tratamientos tópicos con flúor; empastes tratamiento del conducto radicular de coronas; escalamiento y planificación de raíces; dentaduras postizas completas y parciales; procedimientos quirúrgicos orales (para incluir extracciones); anestesia/sedación intravenosa (cuando sea médicamente necesario para procedimientos quirúrgicos orales).<br>(Continúa en la siguiente página.) | Los ejemplos de servicios cubiertos incluyen (pero no se limitan a) evaluaciones orales (exámenes); radiografías y otras imágenes de diagnóstico; limpieza dental (profilaxis); tratamientos tópicos con flúor; empastes tratamiento del conducto radicular de coronas; escalamiento y planificación de raíces; dentaduras postizas completas y parciales; procedimientos quirúrgicos orales (para incluir extracciones); anestesia/sedación intravenosa (cuando sea médicamente necesario para procedimientos quirúrgicos orales).<br>(Continúa en la siguiente página.) |

| <b>Servicio/<br/>Beneficio</b>    | <b>NJ FamilyCare Plan A/<br/>ABP</b>  | <b>NJ FamilyCare Plan B</b>   | <b>NJ FamilyCare Plan C</b>  | <b>NJ FamilyCare Plan D</b>  |
|-----------------------------------|---|---|--|--|
| Servicios dentales (continuación) | <p>Los exámenes dentales, las limpiezas, el tratamiento con flúor y cualquier radiografía necesaria están cubiertos dos veces por año.</p> <p>Se pueden considerar procedimientos periodontales de diagnóstico, preventivos y designados adicionales para miembros con necesidades especiales de atención médica.</p> <p>El tratamiento dental en un quirófano o centro quirúrgico ambulatorio está cubierto con autorización previa y documentación de necesidad médica.</p> <p>Consulte con su dentista para comprender cuáles servicios pueden requerir autorización previa.</p> | <p>Los exámenes dentales, las limpiezas, el tratamiento con flúor y cualquier radiografía necesaria están cubiertos dos veces por año.</p> <p>Se pueden considerar procedimientos periodontales de diagnóstico, preventivos y designados adicionales para miembros con necesidades especiales de atención médica.</p> <p>El tratamiento dental en un quirófano o centro quirúrgico ambulatorio está cubierto con autorización previa y documentación de necesidad médica.</p> <p>Consulte con su dentista para comprender cuáles servicios pueden requerir autorización previa.</p> | <p>Los exámenes dentales, las limpiezas, el tratamiento con flúor y cualquier radiografía necesaria están cubiertos dos veces por año.</p> <p>Se pueden considerar procedimientos periodontales de diagnóstico, preventivos y designados adicionales para miembros con necesidades especiales de atención médica.</p> <p>El tratamiento dental en un quirófano o centro quirúrgico ambulatorio está cubierto con autorización previa y documentación de necesidad médica.</p> <p>Consulte con su dentista para comprender cuáles servicios pueden requerir autorización previa.</p> <p>Los miembros de NJ FamilyCare C y D tienen un copago de \$5 por visita dental (excepto por servicios de diagnóstico y preventivos).</p> | <p>Los exámenes dentales, las limpiezas, el tratamiento con flúor y cualquier radiografía necesaria están cubiertos dos veces por año.</p> <p>Se pueden considerar procedimientos periodontales de diagnóstico, preventivos y designados adicionales para miembros con necesidades especiales de atención médica.</p> <p>El tratamiento dental en un quirófano o centro quirúrgico ambulatorio está cubierto con autorización previa y documentación de necesidad médica.</p> <p>Consulte con su dentista para comprender cuáles servicios pueden requerir autorización previa.</p> <p>Los miembros de NJ FamilyCare C y D tienen un copago de \$5 por visita dental (excepto por servicios de diagnóstico y preventivos).</p> |

| <b>Servicio/<br/>Beneficio</b> | <b>NJ FamilyCare Plan A/<br/>ABP</b>  | <b>NJ FamilyCare Plan B</b>   | <b>NJ FamilyCare Plan C</b>   | <b>NJ FamilyCare Plan D</b>   |
|--------------------------------|---|---|---|---|
| Pruebas de diabetes            | <p>Cubierto.</p> <p>El examen está cubierto (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: Presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible hasta para dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p> <p>(Continúa en la siguiente página.)</p> | <p>Cubierto.</p> <p>El examen está cubierto (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: Presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible hasta para dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p> <p>(Continúa en la siguiente página.)</p> | <p>Cubierto.</p> <p>El examen está cubierto (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: Presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible hasta para dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p> <p>(Continúa en la siguiente página.)</p> | <p>Cubierto.</p> <p>El examen está cubierto (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: Presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible hasta para dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p> <p>(Continúa en la siguiente página.)</p> |

| <b>Servicio/<br/>Beneficio</b>     | <b>NJ FamilyCare Plan A/<br/>ABP</b>  | <b>NJ FamilyCare Plan B</b>   | <b>NJ FamilyCare Plan C</b>   | <b>NJ FamilyCare Plan D</b>   |
|------------------------------------|---|---|---|---|
| Pruebas de diabetes (continuación) | Programa de Prevención de la Diabetes (DPP), Educación para el Autocontrol de la Diabetes (DSME y Terapia Médica Nutricional (MNT))   | Programa de Prevención de la Diabetes (DPP), Educación para el Autocontrol de la Diabetes (DSME y Terapia Médica Nutricional (MNT))   | Programa de Prevención de la Diabetes (DPP), Educación para el Autocontrol de la Diabetes (DSME y Terapia Médica Nutricional (MNT))   | Programa de Prevención de la Diabetes (DPP), Educación para el Autocontrol de la Diabetes (DSME y Terapia Médica Nutricional (MNT))   |
| Suministros para diabetes          | Cubierto.<br>Cubre monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas, insulina, ayuda para inyecciones, jeringas, bombas de insulina, dispositivos de infusión de insulina y agentes orales para el control del azúcar en sangre. Cubre zapatos terapéuticos o plantillas para personas con enfermedad del pie diabético. Los zapatos o plantillas deben ser prescritos por un podólogo (u otro médico calificado) y deben ser provistos por un podólogo, ortopedista protésico o profesional en asistencia y modificación de aparatos para pies y piernas. | Cubierto.<br>Cubre monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas, insulina, ayuda para inyecciones, jeringas, bombas de insulina, dispositivos de infusión de insulina y agentes orales para el control del azúcar en sangre. Cubre zapatos terapéuticos o plantillas para personas con enfermedad del pie diabético. Los zapatos o plantillas deben ser prescritos por un podólogo (u otro médico calificado) y deben ser provistos por un podólogo, ortopedista protésico o profesional en asistencia y modificación de aparatos para pies y piernas. | Cubierto.<br>Cubre monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas, insulina, ayuda para inyecciones, jeringas, bombas de insulina, dispositivos de infusión de insulina y agentes orales para el control del azúcar en sangre. Cubre zapatos terapéuticos o plantillas para personas con enfermedad del pie diabético. Los zapatos o plantillas deben ser prescritos por un podólogo (u otro médico calificado) y deben ser provistos por un podólogo, ortopedista protésico o profesional en asistencia y modificación de aparatos para pies y piernas. | Cubierto.<br>Cubre monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas, insulina, ayuda para inyecciones, jeringas, bombas de insulina, dispositivos de infusión de insulina y agentes orales para el control del azúcar en sangre. Cubre zapatos terapéuticos o plantillas para personas con enfermedad del pie diabético. Los zapatos o plantillas deben ser prescritos por un podólogo (u otro médico calificado) y deben ser provistos por un podólogo, ortopedista protésico o profesional en asistencia y modificación de aparatos para pies y piernas. |

48 ¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

| Servicio/<br>Beneficio  | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP  | NJ FamilyCare Plan B  | NJ FamilyCare Plan C  | NJ FamilyCare Plan D  |
|---|---|---|---|---|
| Pruebas y monitoreo de diabetes                                 | Cubierto.<br>Cubre exámenes oculares anuales para la retinopatía diabética, así como exámenes de los pies cada seis meses para miembros con neuropatía periférica diabética y pérdida de sensaciones protectoras. | Cubierto.<br>Cubre exámenes oculares anuales para la retinopatía diabética, así como exámenes de los pies cada seis meses para miembros con neuropatía periférica diabética y pérdida de sensaciones protectoras. | Cubierto.<br>Cubre exámenes oculares anuales para la retinopatía diabética, así como exámenes de los pies cada seis meses para miembros con neuropatía periférica diabética y pérdida de sensaciones protectoras. | Cubierto.<br>Cubre exámenes oculares anuales para la retinopatía diabética, así como exámenes de los pies cada seis meses para miembros con neuropatía periférica diabética y pérdida de sensaciones protectoras. |
| Servicios de laboratorio y radiología diagnóstica y terapéutica | Cubierto.<br>Cubierto, incluyendo (pero no limitado a) tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y radiografías.<br>Cubierto.                                      | Cubierto.<br>Cubierto, incluyendo (pero no limitado a) tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y radiografías.<br>Cubierto.                                      | Cubierto.<br>Cubierto, incluyendo (pero no limitado a) tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y radiografías.<br>Cubierto.                                      | Cubierto.<br>Cubierto, incluyendo (pero no limitado a) tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y radiografías.<br>Cubierto.                                      |
| Equipo Médico Durable (DME)                                     | Cubierto.   | Cubierto.   | Cubierto.   | Cubierto.   |
| Cuidados médicos de emergencia                                  | Cubierto.<br>Cubre el departamento de emergencias y los servicios médicos.  | Cubierto.<br>Cubre el departamento de emergencias y los servicios médicos.  | Cubierto.<br>Cubre el departamento de emergencias y los servicios médicos.<br><br>Los miembros de NJ FamilyCare Plan C tienen un copago de \$10.  | Cubierto.<br>Cubre el departamento de emergencias y los servicios médicos.<br><br>Los miembros de NJ FamilyCare Plan D tienen un copago de \$35.  |

| Servicio/<br>Beneficio   | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP  | NJ FamilyCare Plan B   | NJ FamilyCare Plan C   | NJ FamilyCare Plan D   |
|--|---|--|--|--|
| <p>EPSDT<br/>(Diagnóstico, detección y tratamiento tempranos y periódicos)</p> | <p>Cubierto.<br/>La cobertura incluye (pero no se limita a) cuidado de niños sanos, exámenes preventivos, exámenes médicos, exámenes y servicios de visión, dentales y audición (así como cualquier tratamiento identificado como necesario como resultado de exámenes o exámenes), vacunas (incluido el calendario completo de vacunación infantil), detección de plomo y servicios privados de enfermería. El servicio de enfermería privada está cubierto para beneficiarios elegibles de EPSDT menores de 21 años que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad.</p> | <p>Cubierto.<br/>Para los miembros de NJ FamilyCare B, C y D, la cobertura incluye exámenes de detección tempranos y periódicos y exámenes médicos de diagnóstico, servicios dentales, de visión, auditivos y de detección de plomo.<br/><br/>Para los miembros de NJ FamilyCare B, C y D, la cobertura de los servicios de tratamiento identificados como necesarios mediante un examen se limita a aquellos servicios que están disponibles bajo el paquete de beneficios del plan o servicios específicos bajo el programa FFS.</p> | <p>Cubierto.<br/>Para los miembros de NJ FamilyCare B, C y D, la cobertura incluye exámenes de detección tempranos y periódicos y exámenes médicos de diagnóstico, servicios dentales, de visión, auditivos y de detección de plomo.<br/><br/>Para los miembros de NJ FamilyCare B, C y D, la cobertura de los servicios de tratamiento identificados como necesarios mediante un examen se limita a aquellos servicios que están disponibles bajo el paquete de beneficios del plan o servicios específicos bajo el programa FFS.</p> | <p>Cubierto.<br/>Para los miembros de NJ FamilyCare B, C y D, la cobertura incluye exámenes de detección tempranos y periódicos y exámenes médicos de diagnóstico, servicios dentales, de visión, auditivos y de detección de plomo.<br/><br/>Para los miembros de NJ FamilyCare B, C y D, la cobertura de los servicios de tratamiento identificados como necesarios mediante un examen se limita a aquellos servicios que están disponibles bajo el paquete de beneficios del plan o servicios específicos bajo el programa FFS.</p> |

50 ¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al 1-800-941-4647, TTY 711.

| <b>Servicio/<br/>Beneficio</b>                    | <b>NJ FamilyCare Plan A/<br/>ABP</b>  | <b>NJ FamilyCare Plan B</b>   | <b>NJ FamilyCare Plan C</b>   | <b>NJ FamilyCare Plan D</b>   |
|---|---|---|---|---|
| Servicios y suministros de planificación familiar | <p>Cubierto.</p> <p>La MCO reembolsará los servicios de planificación familiar proporcionados por proveedores de la red no participantes según la lista de tarifas de Medicaid.</p> <p>El beneficio de planificación familiar brinda cobertura para servicios y suministros para prevenir o retrasar el embarazo y puede incluir: Educación y asesoramiento sobre el método anticonceptivo deseado o actualmente en uso por la persona, o una visita médica para cambiar el método anticonceptivo. También incluye, pero no se limita a: Esterilizaciones, definidas como cualquier procedimiento médico, tratamiento u operación con el propósito de dejar a una persona permanentemente incapaz de reproducirse. (Continúa en la siguiente página.)</p> | <p>Cubierto.</p> <p>La MCO reembolsará los servicios de planificación familiar proporcionados por proveedores de la red no participantes según la lista de tarifas de Medicaid.</p> <p>El beneficio de planificación familiar brinda cobertura para servicios y suministros para prevenir o retrasar el embarazo y puede incluir: Educación y asesoramiento sobre el método anticonceptivo deseado o actualmente en uso por la persona, o una visita médica para cambiar el método anticonceptivo. También incluye, pero no se limita a: Esterilizaciones, definidas como cualquier procedimiento médico, tratamiento u operación con el propósito de dejar a una persona permanentemente incapaz de reproducirse. (Continúa en la siguiente página.)</p> | <p>Cubierto.</p> <p>La MCO reembolsará los servicios de planificación familiar proporcionados por proveedores de la red no participantes según la lista de tarifas de Medicaid.</p> <p>El beneficio de planificación familiar brinda cobertura para servicios y suministros para prevenir o retrasar el embarazo y puede incluir: Educación y asesoramiento sobre el método anticonceptivo deseado o actualmente en uso por la persona, o una visita médica para cambiar el método anticonceptivo. También incluye, pero no se limita a: Esterilizaciones, definidas como cualquier procedimiento médico, tratamiento u operación con el propósito de dejar a una persona permanentemente incapaz de reproducirse. (Continúa en la siguiente página.)</p> | <p>Cubierto.</p> <p>La MCO reembolsará los servicios de planificación familiar proporcionados por proveedores de la red no participantes según la lista de tarifas de Medicaid.</p> <p>El beneficio de planificación familiar brinda cobertura para servicios y suministros para prevenir o retrasar el embarazo y puede incluir: Educación y asesoramiento sobre el método anticonceptivo deseado o actualmente en uso por la persona, o una visita médica para cambiar el método anticonceptivo. También incluye, pero no se limita a: Esterilizaciones, definidas como cualquier procedimiento médico, tratamiento u operación con el propósito de dejar a una persona permanentemente incapaz de reproducirse. (Continúa en la siguiente página.)</p> |

| <b>Servicio/<br/>Beneficio</b>                                   | <b>NJ FamilyCare Plan A/<br/>ABP</b>  | <b>NJ FamilyCare Plan B</b>   | <b>NJ FamilyCare Plan C</b>   | <b>NJ FamilyCare Plan D</b>   |
|--|---|---|---|---|
| Servicios y suministros de planificación familiar (continuación) | Los servicios cubiertos incluyen historial médico y examen físico (incluida la pelvis y los senos), pruebas de diagnóstico y de laboratorio, medicamentos y productos biológicos, suministros y dispositivos médicos (incluidos paquetes de prueba de embarazo, condones, diafragmas, inyecciones de Depo-Provera y otros suministros y dispositivos anticonceptivos), asesoramiento, supervisión médica continua, continuidad de la atención médica y asesoramiento genético.<br><b>Excepciones:</b> Los servicios relacionados principalmente con el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad no están cubiertos (ya sean prestados por proveedores dentro o por fuera de la red). | Los servicios cubiertos incluyen historial médico y examen físico (incluida la pelvis y los senos), pruebas de diagnóstico y de laboratorio, medicamentos y productos biológicos, suministros y dispositivos médicos (incluidos paquetes de prueba de embarazo, condones, diafragmas, inyecciones de Depo-Provera y otros suministros y dispositivos anticonceptivos), asesoramiento, supervisión médica continua, continuidad de la atención médica y asesoramiento genético.<br><b>Excepciones:</b> Los servicios relacionados principalmente con el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad no están cubiertos (ya sean prestados por proveedores dentro o por fuera de la red). | Los servicios cubiertos incluyen historial médico y examen físico (incluida la pelvis y los senos), pruebas de diagnóstico y de laboratorio, medicamentos y productos biológicos, suministros y dispositivos médicos (incluidos paquetes de prueba de embarazo, condones, diafragmas, inyecciones de Depo-Provera y otros suministros y dispositivos anticonceptivos), asesoramiento, supervisión médica continua, continuidad de la atención médica y asesoramiento genético.<br><b>Excepciones:</b> Los servicios relacionados principalmente con el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad no están cubiertos (ya sean prestados por proveedores dentro o por fuera de la red). | Los servicios cubiertos incluyen historial médico y examen físico (incluida la pelvis y los senos), pruebas de diagnóstico y de laboratorio, medicamentos y productos biológicos, suministros y dispositivos médicos (incluidos paquetes de prueba de embarazo, condones, diafragmas, inyecciones de Depo-Provera y otros suministros y dispositivos anticonceptivos), asesoramiento, supervisión médica continua, continuidad de la atención médica y asesoramiento genético.<br><b>Excepciones:</b> Los servicios relacionados principalmente con el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad no están cubiertos (ya sean prestados por proveedores dentro o por fuera de la red). |

52 ¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711.

| Servicio/<br>Beneficio                           | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP   | NJ FamilyCare Plan B   | NJ FamilyCare Plan C   | NJ FamilyCare Plan D   |
|--|--|--|--|--|
| Centros de salud con calificación federal (FQHC) | Cubierto.<br>Incluye servicios ambulatorios y de atención primaria de organizaciones comunitarias.   | Cubierto.<br>Incluye servicios ambulatorios y de atención primaria de organizaciones comunitarias.   | Cubierto.<br>Incluye servicios ambulatorios y de atención primaria de organizaciones comunitarias.   | Cubierto.<br>Incluye servicios ambulatorios y de atención primaria de organizaciones comunitarias.   |
| Servicios de audición/audiología                 | Cubierto.<br>Cubre los exámenes de audición de rutina, los exámenes de diagnóstico de audición y de equilibrio, los exámenes otológicos y de prueba de audífonos antes de su prescripción, los exámenes con el fin de ajustar los audífonos, los exámenes de seguimiento y los ajustes, y las reparaciones después del vencimiento de la garantía.<br>Los audífonos, así como los accesorios y suministros asociados, están cubiertos. | Cubierto.<br>Cubre los exámenes de audición de rutina, los exámenes de diagnóstico de audición y de equilibrio, los exámenes otológicos y de prueba de audífonos antes de su prescripción, los exámenes con el fin de ajustar los audífonos, los exámenes de seguimiento y los ajustes, y las reparaciones después del vencimiento de la garantía.<br>Los audífonos, así como los accesorios y suministros asociados, están cubiertos. | Cubierto.<br>Cubre los exámenes de audición de rutina, los exámenes de diagnóstico de audición y de equilibrio, los exámenes otológicos y de prueba de audífonos antes de su prescripción, los exámenes con el fin de ajustar los audífonos, los exámenes de seguimiento y los ajustes, y las reparaciones después del vencimiento de la garantía.<br>Los audífonos, así como los accesorios y suministros asociados, están cubiertos. | Cubierto.<br>Cubre los exámenes de audición de rutina, los exámenes de diagnóstico de audición y de equilibrio, los exámenes otológicos y de prueba de audífonos antes de su prescripción, los exámenes con el fin de ajustar los audífonos, los exámenes de seguimiento y los ajustes, y las reparaciones después del vencimiento de la garantía.<br>Los audífonos, así como los accesorios y suministros asociados, están cubiertos. |

| Servicio/<br>Beneficio            | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP   | NJ FamilyCare Plan B   | NJ FamilyCare Plan C   | NJ FamilyCare Plan D   |
|-----------------------------------|--|--|--|--|
| Servicios de salud en el hogar    | Cubierto.<br>Cubre servicios de enfermería y servicios de terapia por una enfermera registrada, una enfermera práctica con licencia o un asistente de salud en el hogar.   | Cubierto.<br>Cubre servicios de enfermería y servicios de terapia por una enfermera registrada, una enfermera práctica con licencia o un asistente de salud en el hogar.   | Cubierto.<br>Cubre servicios de enfermería y servicios de terapia por una enfermera registrada, una enfermera práctica con licencia o un asistente de salud en el hogar.   | Cubierto.<br>Cubre servicios de enfermería y servicios de terapia por una enfermera registrada, una enfermera práctica con licencia o un asistente de salud en el hogar.   |
| Servicios de cuidados de hospicio | Cubierto.<br>Cubre medicamentos para el alivio del dolor y el manejo de los síntomas; servicios médicos, de enfermería y sociales; y ciertos equipos médicos duraderos y otros servicios, incluido el asesoramiento espiritual y de duelo.<br>- Cubierto en la comunidad, así como en entornos institucionales<br>(Continúa en la siguiente página.) | Cubierto.<br>Cubre medicamentos para el alivio del dolor y el manejo de los síntomas; servicios médicos, de enfermería y sociales; y ciertos equipos médicos duraderos y otros servicios, incluido el asesoramiento espiritual y de duelo.<br>- Cubierto en la comunidad, así como en entornos institucionales<br>(Continúa en la siguiente página.) | Cubierto.<br>Cubre medicamentos para el alivio del dolor y el manejo de los síntomas; servicios médicos, de enfermería y sociales; y ciertos equipos médicos duraderos y otros servicios, incluido el asesoramiento espiritual y de duelo.<br>- Cubierto en la comunidad, así como en entornos institucionales<br>(Continúa en la siguiente página.) | Cubierto.<br>Cubre medicamentos para el alivio del dolor y el manejo de los síntomas; servicios médicos, de enfermería y sociales; y ciertos equipos médicos duraderos y otros servicios, incluido el asesoramiento espiritual y de duelo.<br>- Cubierto en la comunidad, así como en entornos institucionales<br>(Continúa en la siguiente página.) |

54 ¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711.

| Servicio/<br>Beneficio                           | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP  | NJ FamilyCare Plan B  | NJ FamilyCare Plan C  | NJ FamilyCare Plan D  |
|--|---|---|---|---|
| Servicios de cuidados de hospicio (continuación) | <p>- Habitación y comida incluidas solo cuando los servicios se prestan en entornos institucionales (no residenciales). La atención de hospicio para afiliados menores de 21 años de edad cubrirá tanto la atención paliativa como la curativa.</p> <p><b>NOTA:</b><br/>Cualquier atención no relacionada con la condición terminal del afiliado está cubierta de la misma manera que lo estaría en otras circunstancias.</p> | <p>- Habitación y comida incluidas solo cuando los servicios se prestan en entornos institucionales (no residenciales). La atención de hospicio para afiliados menores de 21 años de edad cubrirá tanto la atención paliativa como la curativa.</p> <p><b>NOTA:</b><br/>Cualquier atención no relacionada con la condición terminal del afiliado está cubierta de la misma manera que lo estaría en otras circunstancias.</p> | <p>- Habitación y comida incluidas solo cuando los servicios se prestan en entornos institucionales (no residenciales). La atención de hospicio para afiliados menores de 21 años de edad cubrirá tanto la atención paliativa como la curativa.</p> <p><b>NOTA:</b><br/>Cualquier atención no relacionada con la condición terminal del afiliado está cubierta de la misma manera que lo estaría en otras circunstancias.</p> | <p>- Habitación y comida incluidas solo cuando los servicios se prestan en entornos institucionales (no residenciales). La atención de hospicio para afiliados menores de 21 años de edad cubrirá tanto la atención paliativa como la curativa.</p> <p><b>NOTA:</b><br/>Cualquier atención no relacionada con la condición terminal del afiliado está cubierta de la misma manera que lo estaría en otras circunstancias.</p> |
| Vacunas  | <p>Cubierto.</p> <p>La gripe, la hepatitis B, las vacunas contra el neumococo y otras vacunas recomendadas para adultos están cubiertas.</p> <p>El calendario completo de vacunación infantil está cubierto como un componente de EPSDT.</p>  | <p>Cubierto.</p> <p>La gripe, la hepatitis B, las vacunas contra el neumococo y otras vacunas recomendadas para adultos están cubiertas.</p> <p>El calendario completo de vacunación infantil está cubierto como un componente de EPSDT.</p>  | <p>Cubierto.</p> <p>La gripe, la hepatitis B, las vacunas contra el neumococo y otras vacunas recomendadas para adultos están cubiertas.</p> <p>El calendario completo de vacunación infantil está cubierto como un componente de EPSDT.</p>  | <p>Cubierto.</p> <p>La gripe, la hepatitis B, las vacunas contra el neumococo y otras vacunas recomendadas para adultos están cubiertas.</p> <p>El calendario completo de vacunación infantil está cubierto como un componente de EPSDT.</p>  |

| Servicio/<br>Beneficio                        | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP   | NJ FamilyCare Plan B   | NJ FamilyCare Plan C   | NJ FamilyCare Plan D   |
|---|--|--|--|--|
| Atención médica para pacientes hospitalizados | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre estancias en hospitales para casos críticos; instalaciones de rehabilitación para pacientes hospitalizados; atención médica para la salud mental para pacientes hospitalizados; habitaciones semiprivadas; servicios de doctores y cirujanos, anestesia, laboratorio, rayos X y otros servicios de diagnóstico, medicamentos y medicación, servicios terapéuticos, enfermería general y otros servicios y suministros que generalmente son proporcionados por el hospital.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre estancias en hospitales para casos críticos; instalaciones de rehabilitación para pacientes hospitalizados; atención médica para la salud mental para pacientes hospitalizados; habitaciones semiprivadas; servicios de doctores y cirujanos, anestesia, laboratorio, rayos X y otros servicios de diagnóstico, medicamentos y medicación, servicios terapéuticos, enfermería general y otros servicios y suministros que generalmente son proporcionados por el hospital.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre estancias en hospitales para casos críticos; instalaciones de rehabilitación para pacientes hospitalizados; atención médica para la salud mental para pacientes hospitalizados; habitaciones semiprivadas; servicios de doctores y cirujanos, anestesia, laboratorio, rayos X y otros servicios de diagnóstico, medicamentos y medicación, servicios terapéuticos, enfermería general y otros servicios y suministros que generalmente son proporcionados por el hospital.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre estancias en hospitales para casos críticos; instalaciones de rehabilitación para pacientes hospitalizados; atención médica para la salud mental para pacientes hospitalizados; habitaciones semiprivadas; servicios de doctores y cirujanos, anestesia, laboratorio, rayos X y otros servicios de diagnóstico, medicamentos y medicación, servicios terapéuticos, enfermería general y otros servicios y suministros que generalmente son proporcionados por el hospital.</p> |

56 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

| Servicio/<br>Beneficio  | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP  | NJ FamilyCare Plan B  | NJ FamilyCare Plan C  | NJ FamilyCare Plan D  |
|---|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados intensivos</li> </ul> | <p>Cubierto.</p> <p>Incluye habitación y alimentos, enfermería y otros servicios relacionados, uso del hospital/instalaciones para el acceso para casos críticos en el hospital, medicamentos y productos biológicos, suministros, electrodomésticos y equipos, ciertos servicios de diagnóstico y terapéuticos, servicios médicos o quirúrgicos brindados por ciertos pasantes o residentes en capacitación médica y servicios de transporte (incluyendo el transporte en ambulancia).</p> <p>Para conocer detalles acerca de las coberturas, por favor consulte la tabla de Salud del Comportamiento.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Incluye habitación y alimentos, enfermería y otros servicios relacionados, uso del hospital/instalaciones para el acceso para casos críticos en el hospital, medicamentos y productos biológicos, suministros, electrodomésticos y equipos, ciertos servicios de diagnóstico y terapéuticos, servicios médicos o quirúrgicos brindados por ciertos pasantes o residentes en capacitación médica y servicios de transporte (incluyendo el transporte en ambulancia).</p> <p>Para conocer detalles acerca de las coberturas, por favor consulte la tabla de Salud del Comportamiento.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Incluye habitación y alimentos, enfermería y otros servicios relacionados, uso del hospital/instalaciones para el acceso para casos críticos en el hospital, medicamentos y productos biológicos, suministros, electrodomésticos y equipos, ciertos servicios de diagnóstico y terapéuticos, servicios médicos o quirúrgicos brindados por ciertos pasantes o residentes en capacitación médica y servicios de transporte (incluyendo el transporte en ambulancia).</p> <p>Para conocer detalles acerca de las coberturas, por favor consulte la tabla de Salud del Comportamiento.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Incluye habitación y alimentos, enfermería y otros servicios relacionados, uso del hospital/instalaciones para el acceso para casos críticos en el hospital, medicamentos y productos biológicos, suministros, electrodomésticos y equipos, ciertos servicios de diagnóstico y terapéuticos, servicios médicos o quirúrgicos brindados por ciertos pasantes o residentes en capacitación médica y servicios de transporte (incluyendo el transporte en ambulancia).</p> <p>Para conocer detalles acerca de las coberturas, por favor consulte la tabla de Salud del Comportamiento.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psiquiatría</li> </ul>         | <p>Para conocer detalles acerca de las coberturas, por favor consulte la tabla de Salud del Comportamiento.</p>   | <p>Para conocer detalles acerca de las coberturas, por favor consulte la tabla de Salud del Comportamiento.</p>   | <p>Para conocer detalles acerca de las coberturas, por favor consulte la tabla de Salud del Comportamiento.</p>   | <p>Para conocer detalles acerca de las coberturas, por favor consulte la tabla de Salud del Comportamiento.</p>   |

| Servicio/<br>Beneficio | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP   | NJ FamilyCare Plan B   | NJ FamilyCare Plan C   | NJ FamilyCare Plan D   |
|------------------------|--|--|--|--|
| Mamografías            | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre una mamografía de referencia para mujeres de 35 a 39 años de edad y una mamografía cada año para aquellas mujeres de 40 años o mayores y para aquellas con antecedentes familiares de cáncer de mama u otros factores de riesgo. Hay exámenes adicionales disponibles si son médicamente necesarios.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre una mamografía de referencia para mujeres de 35 a 39 años de edad y una mamografía cada año para aquellas mujeres de 40 años o mayores y para aquellas con antecedentes familiares de cáncer de mama u otros factores de riesgo. Hay exámenes adicionales disponibles si son médicamente necesarios.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre una mamografía de referencia para mujeres de 35 a 39 años de edad y una mamografía cada año para aquellas mujeres de 40 años o mayores y para aquellas con antecedentes familiares de cáncer de mama u otros factores de riesgo. Hay exámenes adicionales disponibles si son médicamente necesarios.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre una mamografía de referencia para mujeres de 35 a 39 años de edad y una mamografía cada año para aquellas mujeres de 40 años o mayores y para aquellas con antecedentes familiares de cáncer de mama u otros factores de riesgo. Hay exámenes adicionales disponibles si son médicamente necesarios.</p> |

58 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711.

| <b>Servicio/<br/>Beneficio</b>                | <b>NJ FamilyCare Plan A/<br/>ABP</b>   | <b>NJ FamilyCare Plan B</b>  | <b>NJ FamilyCare Plan C</b>  | <b>NJ FamilyCare Plan D</b>  |
|---|--|--|--|--|
| <p>Servicios de salud para madres e hijos</p> | <p>Cubierto.<br/>Cubre atención prenatal y posparto que incluye educación sobre el parto, servicios de doula, suministros para la lactancia, servicios de apoyo a la lactancia materna y atención neonatal y exámenes de audición relacionados, incluida la atención de partería, Centering Pregnancy, LARC (anticoncepción reversible de acción prolongada), incluido el LARC posparto inmediato y todos los servicios dentales (para incluir pero no se limita a atención preventiva dental adicional y servicios de tratamiento dental médicamente necesarios).<br/>También cubre educación sobre el parto, cuidado de doulas, apoyo a la lactancia.<br/>(Continúa en la siguiente página.)</p> | <p>Cubierto.<br/>Cubre atención prenatal y posparto que incluye educación sobre el parto, servicios de doula, suministros para la lactancia, servicios de apoyo a la lactancia materna y atención neonatal y exámenes de audición relacionados, incluida la atención de partería, Centering Pregnancy, LARC (anticoncepción reversible de acción prolongada), incluido el LARC posparto inmediato y todos los servicios dentales (para incluir pero no se limita a atención preventiva dental adicional y servicios de tratamiento dental médicamente necesarios).<br/>También cubre educación sobre el parto, cuidado de doulas, apoyo a la lactancia.<br/>(Continúa en la siguiente página.)</p> | <p>Cubierto.<br/>Cubre atención prenatal y posparto que incluye educación sobre el parto, servicios de doula, suministros para la lactancia, servicios de apoyo a la lactancia materna y atención neonatal y exámenes de audición relacionados, incluida la atención de partería, Centering Pregnancy, LARC (anticoncepción reversible de acción prolongada), incluido el LARC posparto inmediato y todos los servicios dentales (para incluir pero no se limita a atención preventiva dental adicional y servicios de tratamiento dental médicamente necesarios).<br/>También cubre educación sobre el parto, cuidado de doulas, apoyo a la lactancia.<br/>(Continúa en la siguiente página.)</p> | <p>Cubierto.<br/>Cubre atención prenatal y posparto que incluye educación sobre el parto, servicios de doula, suministros para la lactancia, servicios de apoyo a la lactancia materna y atención neonatal y exámenes de audición relacionados, incluida la atención de partería, Centering Pregnancy, LARC (anticoncepción reversible de acción prolongada), incluido el LARC posparto inmediato y todos los servicios dentales (para incluir pero no se limita a atención preventiva dental adicional y servicios de tratamiento dental médicamente necesarios).<br/>También cubre educación sobre el parto, cuidado de doulas, apoyo a la lactancia.<br/>(Continúa en la siguiente página.)</p> |

| Servicio/<br>Beneficio  | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP  | NJ FamilyCare Plan B   | NJ FamilyCare Plan C   | NJ FamilyCare Plan D   |
|---|---|--|--|--|
| Servicios de salud para madres e hijos (continuación)                     | El equipo para la lactancia, incluidos los extractores de leche y los accesorios, está cubierto como beneficio de DME.  | El equipo para la lactancia, incluidos los extractores de leche y los accesorios, está cubierto como beneficio de DME. | El equipo para la lactancia, incluidos los extractores de leche y los accesorios, está cubierto como beneficio de DME. | El equipo para la lactancia, incluidos los extractores de leche y los accesorios, está cubierto como beneficio de DME. |
| Cuidados médicos diurnos (servicios de salud durante el día para adultos) | Cubierto.<br>Es un programa que brinda servicios preventivos, de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación bajo supervisión médica y de enfermería en un entorno de atención ambulatoria (en pacientes no hospitalizados) para satisfacer las necesidades de personas con discapacidades físicas y/o cognitivas para su apoyo en la vida comunitaria. | No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D.   | No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D.   | No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D.   |
| Servicios de enfermera partera  | Cubierto.   | Cubierto.  | Cubierto.<br>Con copago de \$5 para cada visita (excepto para las visitas de los cuidados prenatales).                 | Cubierto.<br>Con copago de \$5 para cada visita (excepto para las visitas de los cuidados prenatales).                 |

60 ¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al 1-800-941-4647, TTY 711.

| Servicio/<br>Beneficio   | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP   | NJ FamilyCare Plan B   | NJ FamilyCare Plan C   | NJ FamilyCare Plan D   |
|--|--|--|--|--|
| Servicios en centros de enfermería   | Cubierto.<br>Los miembros pueden tener que pagar costos de responsabilidad por los pacientes.  | No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D. | No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D. | No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D. |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• A largo plazo (Cuidados de custodia)</li> </ul> | Cubierto.<br>Cubierto para aquellos que necesitan Nivel de Cuidados de Custodia (MLTSS).<br>Los miembros pueden tener que pagar costos de responsabilidad por el paciente. | No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D. | No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D. | No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D. |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de enfermería (Hospicio)</li> </ul>      | Cubierto.<br>Los cuidados de hospicio se pueden cubrir en un centro de enfermería.<br><b>*Vea Servicios de cuidados de hospicio.</b>                                       | No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D. | No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D. | No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D. |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de enfermería (especializada)</li> </ul> | Cubierto.<br>Incluye la cobertura para servicios de rehabilitación que tienen lugar en un centro de enfermería.  | No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D. | No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D. | No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D. |

| Servicio/<br>Beneficio  | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP  | NJ FamilyCare Plan B  | NJ FamilyCare Plan C  | NJ FamilyCare Plan D  |
|---|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de enfermería (atención médica especial)</li> </ul> | <p>Cubierto.</p> <p>La atención en un centro de enfermería de cuidados especiales (SCNF) o una unidad SCNF separada y distinta dentro de un centro de enfermería convencional certificado por Medicaid está cubierta para los miembros en que se ha determinado que requieren servicios de centro de enfermería intensiva más allá del alcance de un centro de enfermería convencional.</p> | <p>No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D.</p>   | <p>No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D.</p>   | <p>No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D.</p>   |
| <p><b>Trasplante de órganos</b></p>   | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre trasplantes de órganos que sean médicamente necesarios, incluyendo (entre otros): Hígado, pulmón, corazón, corazón-pulmón, páncreas, riñón, hígado, córnea, intestino y médula ósea (incluidos los trasplantes autólogos de médula ósea).</p> <p>Incluye los costos del donante y del receptor.</p>   | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre trasplantes de órganos que sean médicamente necesarios, incluyendo (entre otros): Hígado, pulmón, corazón, corazón-pulmón, páncreas, riñón, hígado, córnea, intestino y médula ósea (incluidos los trasplantes autólogos de médula ósea).</p> <p>Incluye los costos del donante y del receptor.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre trasplantes de órganos que sean médicamente necesarios, incluyendo (entre otros): Hígado, pulmón, corazón, corazón-pulmón, páncreas, riñón, hígado, córnea, intestino y médula ósea (incluidos los trasplantes autólogos de médula ósea).</p> <p>Incluye los costos del donante y del receptor.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre trasplantes de órganos que sean médicamente necesarios, incluyendo (entre otros): Hígado, pulmón, corazón, corazón-pulmón, páncreas, riñón, hígado, córnea, intestino y médula ósea (incluidos los trasplantes autólogos de médula ósea).</p> <p>Incluye los costos del donante y del receptor.</p> |

| <b>Servicio/<br/>Beneficio</b>   | <b>NJ FamilyCare Plan A/<br/>ABP</b>  | <b>NJ FamilyCare Plan B</b>   | <b>NJ FamilyCare Plan C</b>   | <b>NJ FamilyCare Plan D</b>   |
|--|---|---|---|---|
| Cirugía ambulatoria  | Cubierto.   | Cubierto.   | Cubierto.   | Cubierto.   |
| Visitas ambulatorias a hospitales/clínicas   | Cubierto.   | Cubierto.   | Copago de \$5 por visita (sin copago si la visita es para servicios preventivos).   | Copago de \$5 por visita (sin copago si la visita es para servicios preventivos).   |
| Rehabilitación ambulatoria (Terapia ocupacional, fisioterapia, patología del habla y lenguaje) | Cubierto.<br>Cubre fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y terapia de rehabilitación cognitiva.  | Cubierto.<br>Cubre la terapia física, ocupacional y del habla/ lenguaje.  | Cubierto.<br>Cubre la terapia física, ocupacional y del habla/ lenguaje.  | Cubierto.<br>Cubre la terapia física, ocupacional y del habla/ lenguaje.  |
| Las pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos  | Cubierto.<br>Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos cada 12 meses para todas las mujeres, independientemente del nivel determinado de riesgo de cáncer cervical o vaginal.<br>(Continúa en la siguiente página.) | Cubierto.<br>Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos cada 12 meses para todas las mujeres, independientemente del nivel determinado de riesgo de cáncer cervical o vaginal.<br>(Continúa en la siguiente página.) | Cubierto.<br>Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos cada 12 meses para todas las mujeres, independientemente del nivel determinado de riesgo de cáncer cervical o vaginal.<br>(Continúa en la siguiente página.) | Cubierto.<br>Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos cada 12 meses para todas las mujeres, independientemente del nivel determinado de riesgo de cáncer cervical o vaginal.<br>(Continúa en la siguiente página.) |

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711.

| <b>Servicio/<br/>Beneficio</b>  | <b>NJ FamilyCare Plan A/<br/>ABP</b>  | <b>NJ FamilyCare Plan B</b>   | <b>NJ FamilyCare Plan C</b>   | <b>NJ FamilyCare Plan D</b>   |
|---|---|---|---|---|
| <p>Las pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos (continuación)</p> | <p>Los exámenes clínicos de los senos para todas las mujeres están cubiertos una vez cada 12 meses. Todos los costos de laboratorio asociados con las pruebas enumeradas están cubiertos. Las pruebas se cubren con mayor frecuencia en los casos en que se consideran ser necesarias para fines de diagnóstico médico.</p>       | <p>Los exámenes clínicos de los senos para todas las mujeres están cubiertos una vez cada 12 meses. Todos los costos de laboratorio asociados con las pruebas enumeradas están cubiertos. Las pruebas se cubren con mayor frecuencia en los casos en que se consideran ser necesarias para fines de diagnóstico médico.</p> | <p>Los exámenes clínicos de los senos para todas las mujeres están cubiertos una vez cada 12 meses. Todos los costos de laboratorio asociados con las pruebas enumeradas están cubiertos. Las pruebas se cubren con mayor frecuencia en los casos en que se consideran ser necesarias para fines de diagnóstico médico.</p> | <p>Los exámenes clínicos de los senos para todas las mujeres están cubiertos una vez cada 12 meses. Todos los costos de laboratorio asociados con las pruebas enumeradas están cubiertos. Las pruebas se cubren con mayor frecuencia en los casos en que se consideran ser necesarias para fines de diagnóstico médico.</p> |
| <p>Asistencia para los cuidados personales</p>                        | <p>Cubierto. Cubre actividades relacionadas con la salud, llevadas a cabo por un individuo calificado en el hogar de un beneficiario, bajo la supervisión de una enfermera profesional registrada, según sea certificado por escrito por un doctor, de acuerdo con el plan de atención médica formulado para el beneficiario.</p> | <p>No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D.</p>   | <p>No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D.</p>   | <p>No está cubierto para los miembros en el plan de NJ FamilyCare B, C o D.</p>   |

| Servicio/<br>Beneficio | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP   | NJ FamilyCare Plan B   | NJ FamilyCare Plan C  | NJ FamilyCare Plan D  |
|------------------------|--|--|---|---|
| Podiatría              | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre exámenes de rutina y servicios de podología médicamente necesarios, así como zapatos terapéuticos o plantillas para personas con enfermedad severa del pie diabético y exámenes para adaptar a los zapatos o plantillas.</p> <p><b>Excepciones:</b> El cuidado higiénico rutinario de los pies, como el tratamiento de callos y callosidades, el corte de uñas y cuidados como limpiar o remojar los pies, que solo están cubiertos en tratamientos de una afección patológica asociada.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre exámenes de rutina y servicios de podología médicamente necesarios, así como zapatos terapéuticos o plantillas para personas con enfermedad severa del pie diabético y exámenes para adaptar a los zapatos o plantillas.</p> <p><b>Excepciones:</b> El cuidado higiénico rutinario de los pies, como el tratamiento de callos y callosidades, el corte de uñas y cuidados como limpiar o remojar los pies, que solo están cubiertos en tratamientos de una afección patológica asociada.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre exámenes de rutina y servicios de podología médicamente necesarios, así como zapatos terapéuticos o plantillas para personas con enfermedad severa del pie diabético, y exámenes para calzar esos zapatos o plantillas.</p> <p><b>Copago de \$5 por visita para los miembros en el plan de NJ FamilyCare C o D.</b></p> <p><b>Excepciones:</b> El cuidado higiénico rutinario de los pies, como el tratamiento de callos y callosidades, el corte de uñas y cuidados como limpiar o remojar los pies, que solo están cubiertos en tratamientos de una afección patológica asociada.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre exámenes de rutina y servicios de podología médicamente necesarios, así como zapatos terapéuticos o plantillas para personas con enfermedad severa del pie diabético, y exámenes para calzar esos zapatos o plantillas.</p> <p><b>Copago de \$5 por visita para los miembros en el plan de NJ FamilyCare C o D.</b></p> <p><b>Excepciones:</b> El cuidado higiénico rutinario de los pies, como el tratamiento de callos y callosidades, el corte de uñas y cuidados como limpiar o remojar los pies, que solo están cubiertos en tratamientos de una afección patológica asociada.</p> |

| Servicio/<br>Beneficio | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP   | NJ FamilyCare Plan B   | NJ FamilyCare Plan C  | NJ FamilyCare Plan D  |
|------------------------|--|--|---|---|
| Medicamentos de receta | <p>Cubierto.</p> <p>Incluye medicamentos recetados (de nombre o no, incluyendo medicamentos administrados por el doctor), vitaminas y productos minerales recetados (excepto vitaminas y fluoruro prenatales) que incluyen, entre otros, vitaminas terapéuticas, como A, D, E, hierro, zinc y minerales de alta potencia, incluidos potasio y niacina. Todos los factores de coagulación de la sangre están cubiertos.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Incluye medicamentos recetados (de nombre o no, incluyendo medicamentos administrados por el doctor), vitaminas y productos minerales recetados (excepto vitaminas y fluoruro prenatales) que incluyen, entre otros, vitaminas terapéuticas, como A, D, E, hierro, zinc y minerales de alta potencia, incluidos potasio y niacina. Todos los factores de coagulación de la sangre están cubiertos.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Incluye medicamentos recetados (de marca o no, incluyendo medicamentos administrados por el doctor), vitaminas y productos minerales recetados (excepto vitaminas y fluoruro prenatales) que incluyen, entre otros, vitaminas terapéuticas, como A, D, E, hierro, zinc y minerales de alta potencia, incluidos potasio y niacina. Todos los factores de coagulación de la sangre están cubiertos.</p> <p>Para los miembros en el plan de NJ FamilyCare C y D, hay un copago de \$1 por medicamentos genéricos y un copago de \$5 por medicamentos de marca.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Incluye medicamentos recetados (de marca o no, incluyendo medicamentos administrados por el doctor), vitaminas y productos minerales recetados (excepto vitaminas y fluoruro prenatales) que incluyen, entre otros, vitaminas terapéuticas, como A, D, E, hierro, zinc y minerales de alta potencia, incluidos potasio y niacina. Todos los factores de coagulación de la sangre están cubiertos.</p> <p>Para los miembros en el plan de NJ FamilyCare C y D, hay un copago de \$1 por medicamentos genéricos y un copago de \$5 por medicamentos de marca.</p> |

| Servicio/<br>Beneficio   | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP   | NJ FamilyCare Plan B   | NJ FamilyCare Plan C  | NJ FamilyCare Plan D  |
|--|--|--|---|---|
| Servicios de doctores – atención médica primaria y especializada | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre servicios médicamente necesarios y ciertos servicios preventivos en entornos ambulatorios.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre servicios médicamente necesarios y ciertos servicios preventivos en entornos ambulatorios.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre servicios médicamente necesarios y ciertos servicios preventivos en entornos ambulatorios.</p> <p>Copago de \$5 por cada visita (a excepción de las visitas del bienestar del niño de acuerdo con el cronograma recomendado por la Academia Americana de Pediatría; detección y tratamiento del plomo, inmunizaciones apropiadas para la edad; atención médica prenatal y pruebas de Papanicolaou, cuando corresponda).</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre servicios médicamente necesarios y ciertos servicios preventivos en entornos ambulatorios.</p> <p>Copago de \$5 por cada visita (a excepción de las visitas del bienestar del niño de acuerdo con el cronograma recomendado por la Academia Americana de Pediatría; detección y tratamiento del plomo, inmunizaciones apropiadas para la edad; atención médica prenatal y pruebas de Papanicolaou, cuando corresponda).</p> |

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), 67  
o llame a Servicios para Miembros al 1-800-941-4647, TTY 711.

| Servicio/<br>Beneficio          | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP  | NJ FamilyCare Plan B  | NJ FamilyCare Plan C  | NJ FamilyCare Plan D  |
|---------------------------------|---|---|---|---|
| Servicio privado de enfermería  | <p>Cubierto.</p> <p>El servicio de enfermería privada está cubierto para los miembros que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad.</p> <p>El servicio privado de enfermería solo está disponible para beneficiarios de EPSDT menores de 21 años y para miembros con MLTSS (de cualquier edad).</p> | <p>Cubierto.</p> <p>El servicio de enfermería privada está cubierto para los miembros que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad.</p> <p>El servicio privado de enfermería solo está disponible para beneficiarios de EPSDT menores de 21 años y para miembros con MLTSS (de cualquier edad).</p> | <p>Cubierto.</p> <p>El servicio de enfermería privada está cubierto para los miembros que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad.</p> <p>El servicio privado de enfermería solo está disponible para beneficiarios de EPSDT menores de 21 años y para miembros con MLTSS (de cualquier edad).</p> | <p>Cubierto.</p> <p>El servicio de enfermería privada está cubierto para los miembros que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad.</p> <p>El servicio privado de enfermería solo está disponible para beneficiarios de EPSDT menores de 21 años y para miembros con MLTSS (de cualquier edad).</p> |
| Detección de cáncer de próstata | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre el examen de diagnóstico anual, que incluye un examen rectal digital y una prueba de antígeno prostático específico (PSA) para hombres de 50 años o más que son asintomáticos y para hombres de 40 años o mayores con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otros factores de riesgo de cáncer de próstata.</p>   | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre el examen de diagnóstico anual, que incluye un examen rectal digital y una prueba de antígeno prostático específico (PSA) para hombres de 50 años o más que son asintomáticos y para hombres de 40 años o mayores con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otros factores de riesgo de cáncer de próstata.</p>   | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre el examen de diagnóstico anual, que incluye un examen rectal digital y una prueba de antígeno prostático específico (PSA) para hombres de 50 años o más que son asintomáticos y para hombres de 40 años o mayores con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otros factores de riesgo de cáncer de próstata.</p>   | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre el examen de diagnóstico anual, que incluye un examen rectal digital y una prueba de antígeno prostático específico (PSA) para hombres de 50 años o más que son asintomáticos y para hombres de 40 años o mayores con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otros factores de riesgo de cáncer de próstata.</p>   |

68 ¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al 1-800-941-4647, TTY 711.

| Servicio/<br>Beneficio             | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP   | NJ FamilyCare Plan B   | NJ FamilyCare Plan C   | NJ FamilyCare Plan D   |
|------------------------------------|--|--|--|--|
| Prótesis y órtesis                 | Cubierto.<br>La cobertura incluye (pero no se limita a) aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello; ojos artificiales; miembros artificiales y reemplazos; ciertas prótesis mamarias después de una mastectomía; y dispositivos protésicos para reemplazar partes o funciones internas del cuerpo. También cubre la reparación certificada de calzado, audífonos y dentaduras postizas. | Cubierto.<br>La cobertura incluye (pero no se limita a) aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello; ojos artificiales; miembros artificiales y reemplazos; ciertas prótesis mamarias después de una mastectomía; y dispositivos protésicos para reemplazar partes o funciones internas del cuerpo. También cubre la reparación certificada de calzado, audífonos y dentaduras postizas. | Cubierto.<br>La cobertura incluye (pero no se limita a) aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello; ojos artificiales; miembros artificiales y reemplazos; ciertas prótesis mamarias después de una mastectomía; y dispositivos protésicos para reemplazar partes o funciones internas del cuerpo. También cubre la reparación certificada de calzado, audífonos y dentaduras postizas. | Cubierto.<br>La cobertura incluye (pero no se limita a) aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello; ojos artificiales; miembros artificiales y reemplazos; ciertas prótesis mamarias después de una mastectomía; y dispositivos protésicos para reemplazar partes o funciones internas del cuerpo. También cubre la reparación certificada de calzado, audífonos y dentaduras postizas. |
| Diálisis renal                     | Cubierto.  | Cubierto.  | Cubierto.  | Cubierto.  |
| Exámenes físicos anuales de rutina | Cubierto.  | Cubierto.  | Cubierto.  | Cubierto.  |
| Exámenes de agresión sexual        | Cubierto por FFS.  | Cubierto por FFS.  | No hay copagos.  | No hay copagos.  |

| Servicio/<br>Beneficio            | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP   | NJ FamilyCare Plan B   | NJ FamilyCare Plan C   | NJ FamilyCare Plan D   |
|-----------------------------------|--|--|--|--|
| <p>Para dejar de fumar/vapear</p> | <p>Cubierto.</p> <p>La cobertura incluye asesoramiento para ayudarle a dejar de fumar o vapear, medicamentos como Bupropion, Vareniclina, inhaladores orales de nicotina y aerosoles nasales de nicotina, así como productos de venta libre que incluyen parches transdérmicos de nicotina, chicles de nicotina y pastillas de nicotina.</p> <p>Los siguientes recursos están disponibles para ayudarle a dejar de fumar/vapear:</p> <p><b>NJ Quitline:</b> Diseñe un programa que se ajuste a sus necesidades y obtenga el apoyo de consejeros.</p> <p>(Continúa en la siguiente página.)</p> | <p>Cubierto.</p> <p>La cobertura incluye asesoramiento para ayudarle a dejar de fumar o vapear, medicamentos como Bupropion, Vareniclina, inhaladores orales de nicotina y aerosoles nasales de nicotina, así como productos de venta libre que incluyen parches transdérmicos de nicotina, chicles de nicotina y pastillas de nicotina.</p> <p>Los siguientes recursos están disponibles para ayudarle a dejar de fumar/vapear:</p> <p><b>NJ Quitline:</b> Diseñe un programa que se ajuste a sus necesidades y obtenga el apoyo de consejeros.</p> <p>(Continúa en la siguiente página.)</p> | <p>Cubierto.</p> <p>La cobertura incluye asesoramiento para ayudarle a dejar de fumar o vapear, medicamentos como Bupropion, Vareniclina, inhaladores orales de nicotina y aerosoles nasales de nicotina, así como productos de venta libre que incluyen parches transdérmicos de nicotina, chicles de nicotina y pastillas de nicotina.</p> <p>Los siguientes recursos están disponibles para ayudarle a dejar de fumar/vapear:</p> <p><b>NJ Quitline:</b> Diseñe un programa que se ajuste a sus necesidades y obtenga el apoyo de consejeros.</p> <p>(Continúa en la siguiente página.)</p> | <p>Cubierto.</p> <p>La cobertura incluye asesoramiento para ayudarle a dejar de fumar o vapear, medicamentos como Bupropion, Vareniclina, inhaladores orales de nicotina y aerosoles nasales de nicotina, así como productos de venta libre que incluyen parches transdérmicos de nicotina, chicles de nicotina y pastillas de nicotina.</p> <p>Los siguientes recursos están disponibles para ayudarle a dejar de fumar/vapear:</p> <p><b>NJ Quitline:</b> Diseñe un programa que se ajuste a sus necesidades y obtenga el apoyo de consejeros.</p> <p>(Continúa en la siguiente página.)</p> |

70 ¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al 1-800-941-4647, TTY 711.

| Servicio/<br>Beneficio   | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP  | NJ FamilyCare Plan B  | NJ FamilyCare Plan C  | NJ FamilyCare Plan D  |
|--|---|---|---|---|
| Para dejar de fumar/vapear (continuación)                                  | Llame sin cargos al 1-866-NJ-STOPS (1-866-657-8677) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (excepto festivos) y los sábados, de 11 a.m. a 5 p.m., hora del este. El programa está disponible en 26 idiomas diferentes. Obtenga más información en <a href="http://njquitline.org">njquitline.org</a> . | Llame sin cargos al 1-866-NJ-STOPS (1-866-657-8677) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (excepto festivos) y los sábados, de 11 a.m. a 5 p.m., hora del este. El programa está disponible en 26 idiomas diferentes. Obtenga más información en <a href="http://njquitline.org">njquitline.org</a> . | Llame sin cargos al 1-866-NJ-STOPS (1-866-657-8677) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (excepto festivos) y los sábados, de 11 a.m. a 5 p.m., hora del este. El programa está disponible en 26 idiomas diferentes. Obtenga más información en <a href="http://njquitline.org">njquitline.org</a> . | Llame sin cargos al 1-866-NJ-STOPS (1-866-657-8677) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (excepto festivos) y los sábados, de 11 a.m. a 5 p.m., hora del este. El programa está disponible en 26 idiomas diferentes. Obtenga más información en <a href="http://njquitline.org">njquitline.org</a> . |
| Transporte (emergencias) (Ambulancia, unidad móvil de cuidados intensivos) | Cubierto. Cobertura de atención médica de emergencia, que incluye (pero no se limita a) ambulancia y a unidad móvil de cuidados intensivos.   | Cubierto. Cobertura de atención médica de emergencia, que incluye (pero no se limita a) ambulancia y a unidad móvil de cuidados intensivos.   | Cubierto. Cobertura de atención médica de emergencia, que incluye (pero no se limita a) ambulancia y a unidad móvil de cuidados intensivos.   | Cubierto. Cobertura de atención médica de emergencia, que incluye (pero no se limita a) ambulancia y a unidad móvil de cuidados intensivos.   |

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), 71  
o llame a Servicios para Miembros al 1-800-941-4647, TTY 711.

| Servicio/<br>Beneficio   | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP  | NJ FamilyCare Plan B  | NJ FamilyCare Plan C  | NJ FamilyCare Plan D  |
|--|---|---|---|---|
| Transporte (que no sea de emergencia) (Ambulancia que no sea de emergencia, vehículos de asistencia médica/ MAV, vital, clínica) | Cubierto por FFS.<br>El pago por servicio de Medicaid cubre el transporte que no es de emergencia, como los vehículos de asistencia móvil (MAV) y la ambulancia (camilla) de soporte vital básico que no es de emergencia (BLS). Los servicios de transporte de alquiler, como pasajes o pasajes de autobús y tren, servicio de automóvil y reembolso por millaje, también están cubiertos.<br>(Continúa en la siguiente página.) | Cubierto por FFS.<br>El pago por servicio de Medicaid cubre el transporte que no es de emergencia, como los vehículos de asistencia móvil (MAV) y la ambulancia (camilla) de soporte vital básico que no es de emergencia (BLS). Los servicios de transporte de alquiler, como pasajes o pasajes de autobús y tren, servicio de automóvil y reembolso por millaje, también están cubiertos.<br>(Continúa en la siguiente página.) | Cubierto por FFS.<br>El pago por servicio de Medicaid cubre el transporte que no es de emergencia, como los vehículos de asistencia móvil (MAV) y la ambulancia (camilla) de soporte vital básico que no es de emergencia (BLS). Los servicios de transporte de alquiler, como pasajes o pasajes de autobús y tren, servicio de automóvil y reembolso por millaje, también están cubiertos.<br>(Continúa en la siguiente página.) | Cubierto por FFS.<br>El pago por servicio de Medicaid cubre el transporte que no es de emergencia, como los vehículos de asistencia móvil (MAV) y la ambulancia (camilla) de soporte vital básico que no es de emergencia (BLS). Los servicios de transporte de alquiler, como pasajes o pasajes de autobús y tren, servicio de automóvil y reembolso por millaje, también están cubiertos.<br>(Continúa en la siguiente página.) |

72 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711.

| Servicio/<br>Beneficio   | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP  | NJ FamilyCare Plan B  | NJ FamilyCare Plan C  | NJ FamilyCare Plan D  |
|--|---|---|---|---|
| <p>Transporte (que no sea de emergencia) (Ambulancia que no sea de emergencia, vehículos de asistencia médica/ MAV, vital, clínica) (continuación)</p> | <p>Para los servicios relacionados con COVID, se cubren los servicios de transporte de librea/ automóvil, ambulatorio, ambulatorio con asistencia, silla de ruedas, camilla, transporte público/pases de autobús y reembolso de millaje.</p> <p>Puede requerir órdenes médicas u otra coordinación por parte del plan de salud, el PCP o los proveedores.</p> <p>Los servicios de transporte de ModivCare están cubiertos para los miembros B, C o D de NJ FamilyCare. Todo el transporte, incluida la librea, está disponible para todos los miembros, incluidos B, C y D.</p> | <p>Para los servicios relacionados con COVID, se cubren los servicios de transporte de librea/ automóvil, ambulatorio, ambulatorio con asistencia, silla de ruedas, camilla, transporte público/pases de autobús y reembolso de millaje.</p> <p>Puede requerir órdenes médicas u otra coordinación por parte del plan de salud, el PCP o los proveedores.</p> <p>Los servicios de transporte de ModivCare están cubiertos para los miembros B, C o D de NJ FamilyCare. Todo el transporte, incluida la librea, está disponible para todos los miembros, incluidos B, C y D.</p> | <p>Para los servicios relacionados con COVID, se cubren los servicios de transporte de librea/ automóvil, ambulatorio, ambulatorio con asistencia, silla de ruedas, camilla, transporte público/pases de autobús y reembolso de millaje.</p> <p>Puede requerir órdenes médicas u otra coordinación por parte del plan de salud, el PCP o los proveedores.</p> <p>Los servicios de transporte de ModivCare están cubiertos para los miembros B, C o D de NJ FamilyCare. Todo el transporte, incluida la librea, está disponible para todos los miembros, incluidos B, C y D.</p> | <p>Para los servicios relacionados con COVID, se cubren los servicios de transporte de librea/ automóvil, ambulatorio, ambulatorio con asistencia, silla de ruedas, camilla, transporte público/pases de autobús y reembolso de millaje.</p> <p>Puede requerir órdenes médicas u otra coordinación por parte del plan de salud, el PCP o los proveedores.</p> <p>Los servicios de transporte de ModivCare están cubiertos para los miembros B, C o D de NJ FamilyCare. Todo el transporte, incluida la librea, está disponible para todos los miembros, incluidos B, C y D.</p> |

| Servicio/<br>Beneficio  | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP  | NJ FamilyCare Plan B  | NJ FamilyCare Plan C   | NJ FamilyCare Plan D   |
|-------------------------|---|---|--|--|
| Atención médica urgente | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre la atención médica para tratar una enfermedad o lesión repentina que no es una emergencia médica, pero que es potencialmente dañina para su salud (por ejemplo, si su médico determina que es médicamente necesario que reciba tratamiento médico dentro de 24 horas para evitar que su condición empeore).</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre la atención médica para tratar una enfermedad o lesión repentina que no es una emergencia médica, pero que es potencialmente dañina para su salud (por ejemplo, si su médico determina que es médicamente necesario que reciba tratamiento médico dentro de 24 horas para evitar que su condición empeore).</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre la atención médica para tratar una enfermedad o lesión repentina que no es una emergencia médica, pero que es potencialmente dañina para su salud (por ejemplo, si su médico determina que es médicamente necesario que reciba tratamiento médico dentro de 24 horas para evitar que su condición empeore).</p> <p><b>NOTA:</b> Puede haber un copago de \$5 por atención médica urgente brindada por un doctor, optometrista, dentista o enfermero practicante.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre la atención médica para tratar una enfermedad o lesión repentina que no es una emergencia médica, pero que es potencialmente dañina para su salud (por ejemplo, si su médico determina que es médicamente necesario que reciba tratamiento médico dentro de 24 horas para evitar que su condición empeore).</p> <p><b>NOTA:</b> Puede haber un copago de \$5 por atención médica urgente brindada por un doctor, optometrista, dentista o enfermero practicante.</p> |

74 ¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711.

| <b>Servicio/<br/>Beneficio</b>           | <b>NJ FamilyCare Plan A/<br/>ABP</b>   | <b>NJ FamilyCare Plan B</b>  | <b>NJ FamilyCare Plan C</b>  | <b>NJ FamilyCare Plan D</b>  |
|--|--|--|--|--|
| Servicios para los cuidados de la visión | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre los servicios de atención ocular médicamente necesarios para la detección y el tratamiento de enfermedades o lesiones oculares, incluyendo un examen ocular completo una vez al año. Cubre los servicios de optometrista y aparatos ópticos, incluyendo ojos artificiales, dispositivos de baja visión, dispositivos de entrenamiento de visión y lentes intraoculares.</p> <p>Los exámenes anuales para la retinopatía diabética están cubiertos para miembros con diabetes.</p> <p>Una prueba ocular de glaucoma está cubierta cada cinco años para las personas mayores de 35 años y cada 12 meses para las personas con alto riesgo de glaucoma.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre los servicios de atención ocular médicamente necesarios para la detección y el tratamiento de enfermedades o lesiones oculares, incluyendo un examen ocular completo una vez al año. Cubre los servicios de optometrista y aparatos ópticos, incluyendo ojos artificiales, dispositivos de baja visión, dispositivos de entrenamiento de visión y lentes intraoculares.</p> <p>Los exámenes anuales para la retinopatía diabética están cubiertos para miembros con diabetes.</p> <p>Una prueba ocular de glaucoma está cubierta cada cinco años para las personas mayores de 35 años y cada 12 meses para las personas con alto riesgo de glaucoma.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre los servicios de atención ocular médicamente necesarios para la detección y el tratamiento de enfermedades o lesiones oculares, incluyendo un examen ocular completo una vez al año. Cubre los servicios de optometrista y aparatos ópticos, incluyendo ojos artificiales, dispositivos de baja visión, dispositivos de entrenamiento de visión y lentes intraoculares.</p> <p>Los exámenes anuales para la retinopatía diabética están cubiertos para miembros con diabetes.</p> <p>Una prueba ocular de glaucoma está cubierta cada cinco años para las personas mayores de 35 años y cada 12 meses para las personas con alto riesgo de glaucoma.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre los servicios de atención ocular médicamente necesarios para la detección y el tratamiento de enfermedades o lesiones oculares, incluyendo un examen ocular completo una vez al año. Cubre los servicios de optometrista y aparatos ópticos, incluyendo ojos artificiales, dispositivos de baja visión, dispositivos de entrenamiento de visión y lentes intraoculares.</p> <p>Los exámenes anuales para la retinopatía diabética están cubiertos para miembros con diabetes.</p> <p>Una prueba ocular de glaucoma está cubierta cada cinco años para las personas mayores de 35 años y cada 12 meses para las personas con alto riesgo de glaucoma.</p> |

| Servicio/<br>Beneficio   | NJ FamilyCare Plan A/<br>ABP  | NJ FamilyCare Plan B  | NJ FamilyCare Plan C   | NJ FamilyCare Plan D   |
|--|---|---|--|--|
| Servicios para los cuidados de la visión (continuación)                | Ciertas pruebas de diagnóstico adicionales están cubiertas para miembros con degeneración macular relacionada con la edad.  | Ciertas pruebas de diagnóstico adicionales están cubiertas para miembros con degeneración macular relacionada con la edad.  | Ciertas pruebas de diagnóstico adicionales están cubiertas para miembros con degeneración macular relacionada con la edad.   | Ciertas pruebas de diagnóstico adicionales están cubiertas para miembros con degeneración macular relacionada con la edad.   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentes correctivos</li> </ul> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre 1 par de lentes/armazones o lentes de contacto cada 24 meses para beneficiarios de 19 a 59 años y una vez al año para personas de 18 años y menores o mayores de 60 años.</p> <p>Cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas con un lente intraocular.</p> | <p>Cubierto.</p> <p>Cubre 1 par de lentes/armazones o lentes de contacto cada 24 meses para beneficiarios de 19 a 59 años y una vez al año para personas de 18 años y menores o mayores de 60 años.</p> <p>Cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas con un lente intraocular.</p> | <p>Copago de \$5 por visita por los servicios de optometrista.</p> <p>Cubierto.</p> <p>Cubre 1 par de lentes/armazones o lentes de contacto cada 24 meses para beneficiarios de 19 a 59 años y una vez al año para personas de 18 años y menores o mayores de 60 años.</p> <p>Cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas con un lente intraocular.</p> | <p>Copago de \$5 por visita por los servicios de optometrista.</p> <p>Cubierto.</p> <p>Cubre 1 par de lentes/armazones o lentes de contacto cada 24 meses para beneficiarios de 19 a 59 años y una vez al año para personas de 18 años y menores o mayores de 60 años.</p> <p>Cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas con un lente intraocular.</p> |

## Servicios de salud del comportamiento (salud mental/uso de sustancias)

La mayoría de los miembros de NJ FamilyCare pueden obtener sus servicios de salud mental/uso de sustancias de cualquier proveedor aprobado por NJ FamilyCare usando su tarjeta de NJ FamilyCare/HBID. Para obtener acceso a estos servicios, llame al centro de clientes de su Centro de Asistencia Médica local (MACC) o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**. Algunos servicios relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de un trastorno de la salud mental o uso de sustancias están cubiertos por UnitedHealthcare y será necesario coordinarlos entre el proveedor aprobado por NJ FamilyCare y UnitedHealthcare. Esto incluye ciertos medicamentos que requieren que su doctor consiga una autorización previa antes de que se llene la receta. Su doctor debe llamar a UnitedHealthcare para la aprobación antes de que usted pueda obtener cualquier medicamento que necesita autorización previa.

Para miembros que no sean DDD o MLTSS, en una residencia para el uso de sustancias, pacientes residenciales, en Metadona, recibiendo servicios de cuidados de salud parciales o servicios intensivos como pacientes ambulatorios y servicios de desintoxicación, serán atendidos bajo la Entidad Administrativa Provisional (IME) designada por el Estado. Esta entidad proveerá pruebas, servicios de referencia y aprobación para la continuación de servicios. UnitedHealthcare e IME coordinarán los servicios para el uso de sustancias arriba mencionados de acuerdo a sus necesidades. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4677**, TTY **711**, o a IME al 1-844-276-2777.

Los miembros que son clientes de la División de Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities, DDD) y de la Exención de Cuidado Comunitario (Community Care Waiver, CCW), pueden recibir los siguientes servicios de UnitedHealthcare:

- Psicoterapia
- Asesoramiento y pruebas psicológicas, incluidas pruebas neuropsicológicas
- Tratamiento para uso de sustancias (narcóticos, medicamentos y alcohol). Llame a United Behavioral Health (UBH) al 1-800-496-5841 o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711** para obtener más información sobre estos servicios.

## Beneficios

---

Los miembros que reciben MLTSS obtienen los servicios para la salud mental/uso de sustancias por parte de UnitedHealthcare. Además de los servicios de salud mental/uso de sustancias anotados en el Resumen de beneficios, UnitedHealthcare también coordinará los siguientes servicios que no son cubiertos por UnitedHealthcare bajo MLTSS:

- Administración de Cuidados Especificada (Targeted Case Management – TCM)
- Programas en Tratamiento Asertivo Comunitario (PACT)
- Programa estatal de Servicios Clínicos Externos para las personas de la tercera edad. (SCOPE)
- Centros de auto-ayuda
- Residencias con apoyo
- Servicios relacionados a servicios de salud del comportamiento cubiertos por otros recursos (TPL)
- Servicios de apoyo comunitario (CSS)
- Casa de salud del comportamiento (BHH)

Los miembros de MLTSS pueden tener acceso a la Línea de crisis para la salud del comportamiento, llamando al **1-888-291-2506** (Opción 8), TTY **711**.

UnitedHealthcare Community Plan cubre varios beneficios de salud del comportamiento para usted. La salud del comportamiento incluye tanto los servicios de salud mental como los servicios de tratamiento del trastorno por el uso de sustancias. UnitedHealthcare Community Plan cubre algunos servicios para usted, mientras que algunos son pagados directamente por Medicaid Fee-for-Service (FFS). Usted puede encontrar detalles en el cuadro a continuación.

### Puede ser necesaria una autorización previa

Algunos servicios que necesitan autorización previa incluyen:

- Admisiones de hospital
- Servicios de atención médica domiciliaria
- Ciertos procedimientos de diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios, que incluyen resonancias magnéticas, ARM, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones
- Estudios del sueño
- Medicamentos que son médicamente necesarios pero que no están en la lista de medicamentos preferidos
- Ciertos servicios dentales: Consulte la tabla de servicios dentales, página 44, para obtener más información

Si la autorización previa ha expirado, se requerirá una nueva solicitud de autorización previa.

78 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

## Beneficios de salud del comportamiento

| Servicio/<br>Beneficio  | Miembros en DDD,<br>MLTSS, o FIDE SNP  | NJ FamilyCare<br>Plan A/ABP  | NJ FamilyCare<br>Plan B  | NJ FamilyCare<br>Plan C  | NJ FamilyCare<br>Plan D  |
|---|--|--|--|--|--|
| <b>Salud mental</b>   |  |  |  |  |  |
| Rehabilitación de salud mental para adultos (hogares y apartamentos supervisados para grupos) | Cubierto.  | Cubierto por FFS.  | No está cubierto para los miembros de NJ FamilyCare B, C y D.  | No está cubierto para los miembros de NJ FamilyCare B, C y D.  | No está cubierto para los miembros de NJ FamilyCare B, C y D.  |
| Hospitalización psiquiátrica  | Los servicios psiquiátricos para pacientes internados están cubiertos por UnitedHealthcare para miembros en DDD, MLTSS o FIDE SNP. | Cubierto.<br>La cobertura incluye servicios en un hospital general, una unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados críticos, en centro de atención a corto plazo (STCF) o un hospital de acceso crítico. | Cubierto.<br>La cobertura incluye servicios en un hospital general, una unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados críticos, en centro de atención a corto plazo (STCF) o un hospital de acceso crítico. | Cubierto.<br>La cobertura incluye servicios en un hospital general, una unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados críticos, en centro de atención a corto plazo (STCF) o un hospital de acceso crítico. | Cubierto.<br>La cobertura incluye servicios en un hospital general, una unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados críticos, en centro de atención a corto plazo (STCF) o un hospital de acceso crítico. |
| Análisis de comportamiento aplicado (ABA)   | Cubierto con autorización previa.  | Cubierto con autorización previa.  | Cubierto con autorización previa.  | Cubierto con autorización previa.  | Cubierto con autorización previa.  |

| Servicio/<br>Beneficio   | Miembros en DDD,<br>MLTSS, o FIDE SNP | NJ FamilyCare<br>Plan A/ABP | NJ FamilyCare<br>Plan B | NJ FamilyCare<br>Plan C | NJ FamilyCare<br>Plan D |
|--|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Red de profesionales independientes o IPN (psiquiatra, psicólogo o APN)  | Cubierto.                             | Cubierto por FFS.           | Cubierto por FFS.       | Cubierto por FFS.       | Cubierto por FFS.       |
| Intervención basada en la relación del desarrollo (DRBI) que incluye, entre otros, el enfoque DIR, DIR Floortime y Greenspan | Cubierto.                             | Cubierto.                   | Cubierto.               | Cubierto.               | Cubierto.               |

80 ¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711.

| <b>Servicio/<br/>Beneficio</b>           | <b>Miembros en DDD,<br/>MLTSS, o FIDE SNP</b> | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan A/ABP</b>   | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan B</b>   | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan C</b>   | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan D</b>   |
|--|---|---|---|---|---|
| Salud mental para pacientes ambulatorios | Cubierto.                                     | Cubierto por FFS. La cobertura incluye servicios recibidos en un hospital general para pacientes ambulatorios, servicios de clínica/hospital para pacientes ambulatorios de salud mental y servicios ambulatorios recibidos en un hospital psiquiátrico privado. Los servicios en estos entornos están cubiertos para miembros de todas las edades. | Cubierto por FFS. La cobertura incluye servicios recibidos en un hospital general para pacientes ambulatorios, servicios de clínica/hospital para pacientes ambulatorios de salud mental y servicios ambulatorios recibidos en un hospital psiquiátrico privado. Los servicios en estos entornos están cubiertos para miembros de todas las edades. | Cubierto por FFS. La cobertura incluye servicios recibidos en un hospital general para pacientes ambulatorios, servicios de clínica/hospital para pacientes ambulatorios de salud mental y servicios ambulatorios recibidos en un hospital psiquiátrico privado. Los servicios en estos entornos están cubiertos para miembros de todas las edades. | Cubierto por FFS. La cobertura incluye servicios recibidos en un hospital general para pacientes ambulatorios, servicios de clínica/hospital para pacientes ambulatorios de salud mental y servicios ambulatorios recibidos en un hospital psiquiátrico privado. Los servicios en estos entornos están cubiertos para miembros de todas las edades. |
| Cuidado parcial (salud mental)           | Cubierto.                                     | Cubierto por FFS. Limitado a 25 horas por semana (5 horas por día, 5 días por semana). Se requiere autorización previa.   | Cubierto por FFS. Limitado a 25 horas por semana (5 horas por día, 5 días por semana). Se requiere autorización previa.   | Cubierto por FFS. Limitado a 25 horas por semana (5 horas por día, 5 días por semana). Se requiere autorización previa.   | Cubierto por FFS. Limitado a 25 horas por semana (5 horas por día, 5 días por semana). Se requiere autorización previa.   |

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al 1-800-941-4647, TTY 711.

| Servicio/<br>Beneficio   | Miembros en DDD,<br>MLTSS, o FIDE SNP           | NJ FamilyCare<br>Plan A/ABP   | NJ FamilyCare<br>Plan B   | NJ FamilyCare<br>Plan C   | NJ FamilyCare<br>Plan D   |
|--|---|---|---|---|---|
| Hospitalización<br>parcial crítica de<br>salud mental/<br>hospitalización<br>parcial<br>psiquiátrica | Cubierto.                                       | Cubierto por FFS.<br>La admisión es solo<br>a través de un<br>centro de detección<br>de emergencia<br>psiquiátrica o<br>después de ser<br>dado de alta de una<br>hospitalización<br>psiquiátrica.<br>Se requiere<br>autorización previa<br>para la<br>hospitalización<br>parcial crítica. | Cubierto por FFS.<br>La admisión es solo<br>a través de un<br>centro de detección<br>de emergencia<br>psiquiátrica o<br>después de ser<br>dado de alta de una<br>hospitalización<br>psiquiátrica.<br>Se requiere<br>autorización previa<br>para la<br>hospitalización<br>parcial crítica. | Cubierto por FFS.<br>La admisión es solo<br>a través de un<br>centro de detección<br>de emergencia<br>psiquiátrica o<br>después de ser<br>dado de alta de una<br>hospitalización<br>psiquiátrica.<br>Se requiere<br>autorización previa<br>para la<br>hospitalización<br>parcial crítica. | Cubierto por FFS.<br>La admisión es solo<br>a través de un<br>centro de detección<br>de emergencia<br>psiquiátrica o<br>después de ser<br>dado de alta de una<br>hospitalización<br>psiquiátrica.<br>Se requiere<br>autorización previa<br>para la<br>hospitalización<br>parcial crítica. |
| Servicios de<br>emergencia<br>psiquiátrica<br>(PES)/Servicios<br>de emergencia<br>afiliados (AES)    | Cubierto por FFS<br>para todos los<br>miembros. | Cubierto por FFS<br>para todos los<br>miembros.   | Cubierto por FFS<br>para todos los<br>miembros.   | Cubierto por FFS<br>para todos los<br>miembros.   | Cubierto por FFS<br>para todos los<br>miembros.   |

82 ¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan),  
o llame a Servicios para Miembros al 1-800-941-4647, TTY 711.

| Servicio/<br>Beneficio   | Miembros en DDD,<br>MLTSS, o FIDE SNP | NJ FamilyCare<br>Plan A/ABP       | NJ FamilyCare<br>Plan B           | NJ FamilyCare<br>Plan C           | NJ FamilyCare<br>Plan D           |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <p>Tratamiento del trastorno por el uso de sustancias<br/>           La Sociedad Americana de Medicina de Adicciones (ASAM) proporciona guías que se utilizan para ayudar a determinar qué tipo de tratamiento del trastorno por el uso de sustancias (SUD) es apropiado para una persona que necesita servicios de SUD. Algunos de los servicios en este cuadro muestran el nivel de ASAM asociado con ellos (que incluye "ASAM" seguido de un número).</p> |                                       |                                   |                                   |                                   |                                   |
| Administración de los síntomas de abstinencia en el paciente ambulatorio con monitoreo extendido en el sitio/ desintoxicación ambulatoria ASAM 2 – WM  | Cubierto.                             | Cubierto por FFS.                 | Cubierto por FFS.                 | Cubierto por FFS.                 | Cubierto por FFS.                 |
| Desintoxicación médica para pacientes internados/ administración de los síntomas de abstinencia para pacientes internados médicamente administrados (en el hospital) ASAM 4 – WM   | Cubierto para todos los miembros.     | Cubierto para todos los miembros. | Cubierto para todos los miembros. | Cubierto para todos los miembros. | Cubierto para todos los miembros. |

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711.

| <b>Servicio/<br/>Beneficio</b>   | <b>Miembros en DDD,<br/>MLTSS, o FIDE SNP</b>   | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan A/ABP</b>   | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan B</b>   | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan C</b>   | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan D</b>   |
|--|---|---|---|---|---|
| Residencial a largo plazo (LTR)<br>ASAM 3.5  | Cubierto.   | Cubierto por FFS.   | Cubierto por FFS.   | Cubierto por FFS.   | Cubierto por FFS.   |
| Tratamiento de adicción en el consultorio (OBAT)   | Cubierto.<br>Cubre la coordinación de los servicios al paciente según sea necesario para crear y mantener un plan de atención SUD completo e individualizado y para referir a programas de apoyo comunitario según sea necesario. | Cubierto.<br>Cubre la coordinación de los servicios al paciente según sea necesario para crear y mantener un plan de atención SUD completo e individualizado y para referir a programas de apoyo comunitario según sea necesario. | Cubierto.<br>Cubre la coordinación de los servicios al paciente según sea necesario para crear y mantener un plan de atención SUD completo e individualizado y para referir a programas de apoyo comunitario según sea necesario. | Cubierto.<br>Cubre la coordinación de los servicios al paciente según sea necesario para crear y mantener un plan de atención SUD completo e individualizado y para referir a programas de apoyo comunitario según sea necesario. | Cubierto.<br>Cubre la coordinación de los servicios al paciente según sea necesario para crear y mantener un plan de atención SUD completo e individualizado y para referir a programas de apoyo comunitario según sea necesario. |
| Desintoxicación no médica/<br>administración de los síntomas de abstinencia no hospitalaria<br>ASAM 3.7 – WM | Cubierto.   | Cubierto por FFS.   | Cubierto por FFS.   | Cubierto por FFS.   | Cubierto por FFS.   |

84 ¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711.

| <b>Servicio/<br/>Beneficio</b>         | <b>Miembros en DDD,<br/>MLTSS, o FIDE SNP</b> | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan A/ABP</b>  | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan B</b>  | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan C</b>  | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan D</b>  |
|--|---|--|--|--|--|
| Servicios de tratamiento para opioides | Cubierto.                                     | Cubierto por FFS. Incluye cobertura para el tratamiento asistido con medicamentos con metadona (MAT) y el tratamiento asistido con medicamentos sin metadona. La cobertura para el tratamiento asistido con medicamentos sin metadona incluye (pero no se limita a) medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas opioides aprobados por la FDA y la dispensación y administración de dichos medicamentos, asesoramiento sobre trastornos por uso de sustancias, terapia individual y de grupo y pruebas de toxicología. | Cubierto por FFS. Incluye cobertura para el tratamiento asistido con medicamentos con metadona (MAT) y el tratamiento asistido con medicamentos sin metadona. La cobertura para el tratamiento asistido con medicamentos sin metadona incluye (pero no se limita a) medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas opioides aprobados por la FDA y la dispensación y administración de dichos medicamentos, asesoramiento sobre trastornos por uso de sustancias, terapia individual y de grupo y pruebas de toxicología. | Cubierto por FFS. Incluye cobertura para el tratamiento asistido con medicamentos con metadona (MAT) y el tratamiento asistido con medicamentos sin metadona. La cobertura para el tratamiento asistido con medicamentos sin metadona incluye (pero no se limita a) medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas opioides aprobados por la FDA y la dispensación y administración de dichos medicamentos, asesoramiento sobre trastornos por uso de sustancias, terapia individual y de grupo y pruebas de toxicología. | Cubierto por FFS. Incluye cobertura para el tratamiento asistido con medicamentos con metadona (MAT) y el tratamiento asistido con medicamentos sin metadona. La cobertura para el tratamiento asistido con medicamentos sin metadona incluye (pero no se limita a) medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas opioides aprobados por la FDA y la dispensación y administración de dichos medicamentos, asesoramiento sobre trastornos por uso de sustancias, terapia individual y de grupo y pruebas de toxicología. |

| <b>Servicio/<br/>Beneficio</b>  | <b>Miembros en DDD,<br/>MLTSS, o FIDE SNP</b> | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan A/ABP</b> | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan B</b> | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan C</b> | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan D</b> |
|---|---|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Servicios de apoyo para la recuperación entre pares (PRSS) proporcionados por clínicas independientes de drogas/alcohol | Cubierto.                                     | Cubierto por FFS.                   | Cubierto por FFS.               | Cubierto por FFS.               | Cubierto por FFS.               |
| Manejo de la atención de trastornos por uso de sustancias   | Cubierto.                                     | Cubierto por FFS.                   | Cubierto por FFS.               | Cubierto por FFS.               | Cubierto por FFS.               |
| Trastornos agudos por el uso de sustancias para pacientes ambulatorios (PIO)  | Cubierto.                                     | Cubierto por FFS.                   | Cubierto por FFS.               | Cubierto por FFS.               | Cubierto por FFS.               |
| ASAM 2.1  |   |                                     |                                 |                                 |                                 |
| Trastorno por el uso de sustancias para pacientes ambulatorios (OP)   | Cubierto.                                     | Cubierto por FFS.                   | Cubierto por FFS.               | Cubierto por FFS.               | Cubierto por FFS.               |
| ASAM 1  |   |                                     |                                 |                                 |                                 |

86 ¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711.

| <b>Servicio/<br/>Beneficio</b>  | <b>Miembros en DDD,<br/>MLTSS, o FIDE SNP</b> | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan A/ABP</b> | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan B</b> | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan C</b> | <b>NJ FamilyCare<br/>Plan D</b> |
|---|---|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Trastorno por uso de sustancias<br>Cuidado parcial (PC)<br>ASAM 2.5               | Cubierto.                                     | Cubierto por FFS.                   | Cubierto por FFS.               | Cubierto por FFS.               | Cubierto por FFS.               |
| Trastorno por el uso de sustancias<br>Residencial a corto plazo (STR)<br>ASAM 3.7 | Cubierto.                                     | Cubierto por FFS.                   | Cubierto por FFS.               | Cubierto por FFS.               | Cubierto por FFS.               |

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), 87  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711.

# Miembros con necesidades especiales

Los servicios de Administración de la atención médica en UnitedHealthcare se conocen como el Modelo de atención médica personal (Personal Care Model) (PCM). PCM es para los miembros que tienen necesidades complejas y afecciones crónicas. Cuando nos enteremos que tiene necesidades especiales de salud, ya sea a través de una revisión Inicial de Salud (IHS) o de alguna otra forma, le llamaremos para completar una Evaluación de necesidades de salud (Comprehensive Needs Assessment – CNA) que nos diga qué servicios adicionales de PCM le ayudarían. Los servicios de PCM incluyen:

- Educación, incluso el envío de materiales y la comunicación con miembros a los que se les puede haber detectado enfermedades como insuficiencia cardiaca congestiva, asma o diabetes
- Ayudar a los miembros a mejorar su capacidad de automanejo
- Ayudar a los miembros a mejorar su calidad de vida trabajando con ellos para reducir la necesidad de tratamiento de emergencia y de internamientos múltiples en el hospital

## Mejoras en el Directorio para IDD

- Beneficios dentales – Consulte las páginas 44 y 99.
- Asistencia de transporte/ModivCare – Consulte la página 31.
- Administrador de atención – Consulte las páginas 88 y 96.
- Cuándo comunicarse con el consultorio/clínica dental con preguntas e inquietudes específicas. El padre/la madre/el cuidador/el guardián debe compartir sus inquietudes y proporcionar información sobre el paciente. A continuación se muestran ejemplos de inquietudes:
  - Adaptaciones para pacientes en silla de ruedas o en camilla
  - Obtención de información para equipos adaptativos y preocupaciones con desencadenantes sensoriales
  - Visitas de desensibilización
  - Cree que el niño/adulto puede tener una capacidad limitada para tolerar el cuidado dental en el consultorio
  - Preguntas sobre el cuidado dental bajo sedación en el consultorio
  - Preguntas sobre el cuidado dental en el quirófano

- Cuándo comunicarse con Servicios para Miembros:
  - Asistencia para identificar a un dentista para que brinde tratamiento dental a un niño/adulto con IDD. Consulte la página 99.
  - Asistencia con el transporte. Consulte la página 31.
- Enlace a dentistas que tratan a miembros con necesidades especiales: <https://www.uhcommunityplan.com/nj/medicaid/familycare/lookup-tools#collapse-179880517>

Una vez que se complete la CNA, se completará un Plan de atención médica individual (Individual Health Care Plan – IHCP) para satisfacer sus necesidades específicas de atención médica. Los IHCP ayudan a los proveedores y a los administradores de casos/atención médica de UnitedHealthcare a asegurarse de que usted reciba toda la atención médica que necesita. El IHCP se completará dentro de los 30 días siguientes a la CNA. Si usted piensa que necesita de un especialista o necesita acudir constantemente a un centro de cuidados de especialidad, usted puede obtener una referencia continua para consultar con un especialista o acudir a un centro de cuidados de especialidad.

Si tiene preguntas sobre los servicios de administración de la atención médica, llame a la Línea de Necesidades Especiales al 1-877-704-8871, TTY 711. Para situaciones críticas que ocurran después de las horas de trabajo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**. Niños y adultos con necesidades especiales quienes tengan una relación existente con un proveedor que se encuentre fuera de nuestra red pueden continuar consultando con ese doctor si se determina que esto es en el mejor interés del miembro.

### **Niños con necesidad de cuidados de salud especiales**

UnitedHealthcare provee la administración de cuidados de salud a los niños con necesidades especiales y puede ayudar a la coordinación de cuidados de salud complejos para aquellos niños que tienen problemas serios físicos o crónicos o condiciones que afecten su desarrollo o su salud mental o emocional. Los Administradores de Cuidados trabajan con el plan de salud, con los proveedores de los niños y con las agencias por fuera de nuestra red que brinden servicios especiales y cuidados para la salud a los niños que así lo necesiten.

También nosotros tenemos programas para la administración de enfermedades tales como la diabetes, el asma, la depresión, VIH y la anemia de células falciformes, brindando asesoría y asegurando que la asistencia a las citas de seguimiento a los proveedores se haga a tiempo.

Los niños con necesidades especiales tienen también los Exámenes, Diagnóstico y Tratamientos Periódicos y Tempranos (EPSDT), lo cual ayuda a promover la salud y a prevenir futuras complicaciones. Vea la página 102 para conocer detalles adicionales.

### Servicios culturales y lingüísticos

UnitedHealthcare quiere ayudar a los miembros de todas las culturas e idiomas a obtener la atención médica que necesitan. Podemos coordinar servicios de traducción por teléfono. Además podemos hacer que un intérprete se reúna con usted en el consultorio del médico si usted necesita ayuda para conversar con su médico sobre su salud. Además podemos proporcionar intérpretes de señas para las personas sordas y material en Braille y con letras grandes. Si le gustaría tener ayuda o información en un idioma que no sea el inglés, llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647, TTY 711**.

### Miembros de MLTSS

Aquellos miembros que han sido aprobados para recibir servicios y apoyo de largo plazo (MLTSS) y que llenan los requisitos de elegibilidad financieros y médicos establecidos por el Estado para MLTSS reciben administración de cuidados y servicios de apoyo. El propósito de MLTSS es la habilitar a esos individuos quienes se encuentran al nivel de cuidados de salud de casas de reposo a que reciban servicios personales en el entorno menos restrictivo y mejor integrado.

#### **MLTSS care management unit:**

1-800-645-9409, TTY 711

UnitedHealthcare Community Plan

P.O. Box 2040

Edison, NJ 08818-2040

Usted recibirá una carta con el nombre de su Administrador de Cuidados y una llamada por teléfono de su Administrador de Cuidados. Si usted necesita contactar a su Administrador de Cuidados, él o ella pueden contactarse llamando al teléfono de la Administración de cuidados de salud de MLTSS. Si su Administrador de Cuidados no se encuentra disponible, usted puede encontrar a un suplente en ese número.

Si usted necesita contactar a la Administración de los cuidados de salud después de las horas hábiles de trabajo, puede llamar al teléfono de la Administración de los cuidados de salud de MLTSS o a la Línea de Enfermeras – NurseLine. Usted también puede hablar con una persona que revisará su plan de cuidados de salud y su plan de resguardo y que puede autorizar servicios para asegurar su salud y bienestar durante los períodos en que nuestras oficinas se encuentran cerradas.

### **Administración de cuidados de salud MLTSS:**

1-800-645-9409, TTY 711, de las 8:00 a.m. a las 5:00 p.m. de lunes a viernes.

Después de las horas hábiles, este número enlaza automáticamente con la Línea de Enfermeras: 1-888-433-1904, TTY 711, las 24 horas al día, 7 días a la semana.

### **Representante de miembros de MLTSS:**

1-800-645-9409, TTY 711

### **Su representante para los miembros MLTSS es responsable de:**

- La representación interna de los intereses de los miembros MLTSS
- Colaborar en la planeación y aplicación de los servicios a largo plazo, de su ayuda y evaluación
- Proveer educación a los miembros, sus familias y proveedores en aquellos asuntos relacionados al programa MLTSS
- Asistir a los miembros cuando trabajen con el sistema
- Facilitar la resolución de cualquier cuestión que surja, incluyendo quejas y apelaciones

Cada miembro MLTSS tiene un camino claro a presentarnos con quejas o apelaciones con respecto a las preocupaciones acerca de la elección, la calidad, la elegibilidad, la determinación, la prestación de servicios y los resultados.

Para obtener información adicional acerca de cómo presentar una queja o apelación, por favor refiérase a la página 113 de este manual.

### **Función del Administrador de Cuidados de MLTSS**

Su Administrador de Cuidados de MLTSS es una parte integral de su equipo de cuidados de salud. Él o ella le ayuda con:

- Asesoría en las opciones e identificación de los servicios necesarios
- Participación y preparación de su plan de cuidados
- Coordinación de servicios primarios, de gravedad, de salud mental, y servicios y apoyo a largo plazo, incluyendo servicios no cubiertos por UnitedHealthcare
- Conexiones a Coordinación de servicios

## Beneficios

---

- Facilitación y representación para ayudarle a resolver problemas que detengan el acceso a los servicios que sean necesarios
- Vigilancia y re-evaluación de los servicios que sean necesarios de acuerdo a los cambios en su condición
- Evaluar la necesidad médica y la rentabilidad de los servicios en su plan de atención
- Visitas en persona
- Determinación tomando en cuenta sus intereses en la transición desde o hacia un entorno de una institución a la comunidad y de la disponibilidad para facilitar a esta transición, cuando sea apropiado

### Servicios de transición a la comunidad

Son servicios que ayudan en la transición de sitios institucionales a su propio hogar dentro de la comunidad cubriendo los gastos de transición no repetitivos por una sola vez.

Estos son servicios necesarios para ayudar a los miembros de MLTSS a establecer una residencia básica que no incluya gastos de hospedaje o comidas pero que incluye cosas tales como los depósitos de seguridad, el mueblaje y otros gastos por los cuales se paga solamente una sola vez. Usted debe hablar con su Administrador de Cuidados si está interesado en hacer la transición de un sitio institucional de regreso a su comunidad. Su Administrador de Cuidados le informará a usted acerca de su derecho para escoger entre una casa de reposo con enfermería y servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) y ayudarle a conocer si sus necesidades pueden, de una manera segura y costeable, ser provistas dentro de la comunidad.

### Incidentes críticos

Un incidente crítico significa un evento durante la atención que puede tener un efecto adverso en el miembro u otros. También puede ser un evento que afecta las operaciones de una instalación. Un ejemplo es una caída que provoca lesiones.

Si usted o alguien a quien usted le provee de cuidados de salud tiene un incidente crítico, contacte a su Administrador de Cuidados a través del número de la Administración de los cuidados de salud MLTSS: 1-800-645-9409, TTY 711.

Un incidente crítico incluye, pero no se limita a, los siguientes incidentes:

1. Súbita muerte de un miembro.
2. Intervención de los medios de comunicación o potencial intervención de los medios de comunicación.
3. Abuso físico (incluyendo la reclusión y sujeción, en forma física o química).
4. Abuso psicológico/verbal.
5. Abuso o sospecha de abuso sexual.
6. Caídas que resulten en necesidad de tratamientos médicos.
7. Emergencias médicas que resulten en la necesidad de tratamientos médicos.
8. Error en la medicación con resultados de serias consecuencias.
9. Emergencias psiquiátricas que resulten en la necesidad de tratamientos médicos.
10. Lesiones severas que resulten en la necesidad de tratamientos médicos.
11. Atento de suicidio que resulte en la necesidad de atención médica.
12. Negligencia/maltrato por parte de un cuidador (asalariado o no asalariado).
13. Negligencia/maltrato, auto-producido.
14. Negligencia/maltrato por otros.
15. Explotación financiera.
16. Explotación por robo.
17. Explotación por destrucción de propiedad.
18. Explotación, otro tipo.
19. Robo con intervención de las autoridades competentes.
20. Ausencia de una copia de respaldo del plan del miembro.
21. Fuga/deambulación de un hogar o institución.
22. Inaccesible para el encuentro inicial/encuentro en el local.
23. Imposibilidad de contactar.
24. Conducta inapropiada o no profesional demostrada por un proveedor ante un miembro.
25. Cancelación de servicios públicos.
26. Desalojo/perdida de hogar.
27. Clausura de institución, con impacto directo sobre la salud y bienestar del miembro.
28. Desastres naturales con un impacto directo sobre la salud y bienestar del miembro.
29. Colapso de las operaciones.
30. Otras causas.

## Beneficios

---

### **I Choose Home NJ (Money Follows the Person – El dinero sigue a la persona)**

I Choose Home NJ es un programa federal también conocido como “El dinero sigue a la persona”.

Los miembros pueden ser elegibles si se cumplen los cuatro criterios siguientes:

1. El miembro está interesado en regresar a la comunidad;
2. El miembro ha vivido 90 días consecutivos o más en una casa de retiro o centro de desarrollo;
3. El miembro es elegible para Medicaid (clínico y financiero) al menos un día antes de abandonar el centro; y
4. Hay una transición a una residencia calificada según lo definido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Si usted es elegible, puede regresar a la comunidad con apoyo y servicios.

Para obtener más información, comuníquese con su Administrador de cuidados o llame a I Choose Home NJ al 1-855-466-3005/1-855-HOME-005.

### **Retiro voluntario del programa MLTSS**

Usted puede solicitar darse de baja del programa MLTSS llamando al 1-800-645-9409, TTY 711 de la Administración de los cuidados de salud de MLTSS. Le proporcionaremos el formulario de retiro voluntario y luego una copia del formulario completo si decide retirarse. Antes de darse de baja, se requiere de nosotros proveer un servicio de asesoría en donde cubriremos con usted los resultados y consecuencias de su renuncia. Un representante de Oficina Estatal de Elección para las Opciones Comunitarias (State Office of Community Choice Options), (OCCO) se comunicará con usted dentro de los tres primeros días hábiles después de recibir su forma de retiro voluntario si sus ingresos son por encima del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Esto es para asegurar que usted comprende que si sus ingresos están por arriba del FPL, su retiro de MLTSS dará como resultado que usted perderá la cobertura de Medicaid. El representante de OCCO confirmará con usted su deseo de retirarse. Si usted desea continuar con MLTSS, el representante de OCCO retornará la forma a su administrador de los cuidados de salud en UnitedHealthcare Community Plan y le comunicará a su administrador de cuidados de salud que usted desea continuar con MLTSS. UnitedHealthcare Community Plan lo inscribirá de nuevo si es necesario. Este retiro voluntario no significa necesariamente que usted no podrá obtener los beneficios de NJ FamilyCare.

## Programa de preferencias personales (PPP)

El Programa de preferencias personales (PPP) es una forma alternativa para que las personas reciban sus servicios de Asistentes de Cuidados Personales (PCA) de NJ FamilyCare, ofreciéndoles más opciones.

Los servicios de PCA son actividades relacionadas con la salud que no son de emergencia a través de NJ FamilyCare. Estas actividades incluyen ayuda con las actividades de la vida diaria (ADL) y con las actividades domésticas esenciales para la salud y la comodidad del paciente, como bañarse, vestirse, preparar comidas y hacer tareas domésticas livianas.

Usando un enfoque de “pago en efectivo y asesoramiento”, junto con la idea de “directivas al consumidor”, se puede obtener los servicios de PCA dentro de PPP, lo que permite a las personas mayores y personas con discapacidades que son beneficiarios de NJ FamilyCare dirigir y administrar sus propios servicios.

Con una asignación mensual en efectivo, los participantes o “consumidores” trabajan con un consultor para desarrollar un plan de administración de sus gastos (CMP). Este plan les ayuda a decidir los servicios que necesitan y las personas y/o agencias que ellos pueden contratar para obtener dichos servicios. Los consumidores con discapacidades cognitivas o incapaces de tomar sus propias decisiones pueden elegir a un representante para que tome las decisiones en su nombre.

El PPP también incluye servicios para la administración fiscal (FM) para ayudar a los consumidores con los aspectos financieros del programa. La FM maneja todas las responsabilidades de nómina para los participantes y actúa como un servicio de contabilidad.

El Programa de Preferencias Personales requiere de una mayor responsabilidad individual. Pero a cambio, les ofrece a los consumidores más control, flexibilidad y opciones sobre los servicios que reciben.

### ¿Por qué escoger a un Programa de Preferencias Personales?

El PPP les permite a los consumidores:

- Escoger los servicios que ellos necesitan y quieren
- Diseñar un plan de servicio para cumplir con su horario
- Comprar equipo y aparatos
- Ejercer un mayor control, flexibilidad y elección sobre sus cuidados personales

## Beneficios

---

### Usando el efectivo de su subsidio

Usted puede usar el efectivo de su subsidio para:

- Adquirir servicios de una agencia
- Pagar un salario a un amigo o pariente por la ayuda que usted recibe
- Puede comprar equipo electrodoméstico, tecnología u otros artículos que aumenten su independencia, como un horno de microondas o una lavadora de carga frontal que pueda alcanzar desde su silla de ruedas

### Elegibilidad

Los solicitantes deben ser:

- Elegibles para NJ FamilyCare
- Aprobados para los Servicios de Asistencia para los Cuidados Personales (PCA) y tener necesidad de los servicios PCA por lo menos por 6 meses
- Capaces para tener servicios auto-dirigidos o poder escoger a un representante que actúe en su beneficio

### Para presentar una solicitud

Los miembros que actualmente reciben servicios de PCA y/o dentro de nuestro programa MLTSS pueden comunicarse con su administrador de cuidados médicos asignado. Aquellos que no tengan un administrador de cuidados médicos asignado pueden llamarnos al 1-800-645-9409, TTY 711.

## Manejo de enfermedades y administración de la atención médica

Si usted padece de una condición crónica de salud como enfermedad cardíaca, enfermedad renal crónica, el asma o la diabetes, UnitedHealthcare tiene un programa que le ayudará a vivir con esa condición a la vez que a mejorar su calidad de vida. Estos programas disponibles para usted son voluntarios. Los programas le ofrecen importante información acerca de su condición física, medicamentos, tratamientos y de lo importante que son las citas de seguimiento con su doctor.

Nuestras enfermeras registradas y trabajadores sociales trabajarán con usted, su familia, su médico, sus proveedores de atención médica (PCP) y otros recursos de la comunidad para diseñar un plan de atención que satisfaga sus necesidades en el entorno más apropiado. También le ayudarán con relación a otras inquietudes, como pérdida de peso, cómo dejar de fumar, realizar citas con su médico y le recordarán los exámenes especiales que podría necesitar.

Usted o su proveedor pueden comunicarse con nosotros para saber si nuestros programas de manejo de enfermedades y de administración de la atención médica pueden ayudarlo. Si usted o su proveedor consideran que un Administrador de Cuidados puede ayudarlo, o desea más información sobre los Programas de manejo de enfermedades o de administración de la atención médica, llámenos al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

## Programas de bienestar

UnitedHealthcare tiene muchos programas y herramientas para ayudarlo a que usted y su familia se mantengan sanos. Los programas incluyen:

- Clases para ayudarlo a dejar de fumar
- Asesoramiento para ayudarlo a dejar de fumar
- Atención prenatal y clases para padres
- Clases de nutrición diabetes DPP, DSME y MNT
- Recordatorios de bienestar

Su proveedor podrá sugerir uno de estos programas para usted. Si quiere recibir más información o encontrar un programa cerca de donde vive, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

## Exámenes de la visión

UnitedHealthcare brinda cobertura para exámenes de la visión y anteojos si se los receta un oftalmólogo o un optometrista. No necesita una referencia de su PCP para ver a un proveedor de la red para un examen rutinario de la visión. Elija uno de nuestro directorio de proveedores o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**, para obtener ayuda. Con UnitedHealthcare, no necesita una referencia para cuidado rutinario de los ojos. Si tiene una lesión a los ojos o enfermedad de los ojos, debe trabajar con su PCP, quien le ayudará a obtener el cuidado que necesita, así como cualquier referencia.

## Beneficios

### Beneficio de cuidado rutinario de la visión

| Su plan médico  | Beneficio de examen de los ojos  | Beneficio de anteojos  |
|---|--|--|
| <p>FFS y NJ FamilyCare A, ABP y B</p> <p>Niños (menores de 21 años) y adultos</p> | <p>Un examen de rutina cada año.</p> <p>Sin copago.</p> <p>Los exámenes adicionales están cubiertos si son necesarios desde el punto de vista médico.</p>                        | <p>Un par nuevo de anteojos* cada año o según sea necesario desde el punto de vista médico.</p> <p>Los reemplazos para los anteojos rotos o que pierda están cubiertos, si son necesarios desde el punto de vista médico.</p>  |
| <p>FFS y NJ FamilyCare A y ABP</p>  | <p>Un examen de rutina cada año.</p> <p>Sin copago.</p> <p>Los exámenes adicionales están cubiertos si son necesarios desde el punto de vista médico.</p>                        | <p>Un par nuevo de anteojos* cada dos años (adultos 21–59) o cada año (adultos de 60 o más años) o según sea necesario desde el punto de vista médico.</p> <p>Los reemplazos para los anteojos rotos o que pierda están cubiertos, si son necesarios desde el punto de vista médico.</p> |
| <p>NJ FamilyCare C</p> <p>Niños (menores de 21 años)</p>                          | <p>Un examen de rutina cada año.</p> <p>Se puede aplicar un copago de \$5.</p> <p>Los exámenes adicionales están cubiertos si son necesarios desde el punto de vista médico.</p> | <p>Un par nuevo de anteojos* cada año o según sea necesario desde el punto de vista médico.</p> <p>Los reemplazos para los anteojos rotos o que pierda están cubiertos, si son necesarios desde el punto de vista médico.</p>  |
| <p>NJ FamilyCare D</p>  | <p>Un examen de rutina cada año.</p> <p>Se puede aplicar un copago de \$5.</p> <p>Los exámenes adicionales están cubiertos si son necesarios desde el punto de vista médico.</p> | <p>Un nuevo par de anteojos* cada año o según sea médicamente necesario.</p> <p>Los reemplazos por lentes rotos o perdidos están cubiertos si son médicamente necesarios.</p>  |

\* Los miembros que tienen derecho al beneficio pueden elegir anteojos de un grupo seleccionado de monturas disponible en los proveedores participantes.

98 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

Bajo condiciones específicas, se pueden proveer lentes de contacto en lugar de anteojos. Llame a Servicios para Miembros para hablar sobre esta opción al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

### **Reemplazo de anteojos perdidos, robados o dañados**

Para los miembros de FFS, NJ FamilyCare A, ABP, B, C y D, UnitedHealthcare cubrirá el reemplazo de aparatos ópticos que hayan sido perdidos, robados o dañados, hasta una vez cada 12 meses, con autorización previa y si existiera necesidad médica.

### **Cuando su prescripción de aparatos ópticos cambia**

UnitedHealthcare puede cubrir el reemplazo de los aparatos ópticos, como por ejemplo anteojos, con más frecuencia de lo que especifica el beneficio (consulte la tabla anterior) cuando cambia la prescripción. Su oculista debe llamar al 1-800-828-1525 para obtener autorización. Los costos de las lentes necesarias desde el punto de vista médico serán cubiertos en su totalidad. Los exámenes de la visión adicionales serán cubiertos si son necesarios desde el punto de vista médico.

Si tiene una lesión a los ojos o una enfermedad, puede ser necesario que vea a un oftalmólogo. Un oftalmólogo es un médico especialista. Debe obtener una referencia de su PCP para ver a un oftalmólogo. UnitedHealthcare cubre toda la atención necesaria desde el punto de vista médico que obtenga de un oftalmólogo.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

## **Servicios dentales básicos**

### **Servicios básicos del plan de salud**

- Ofrecemos cobertura dental integral con nuestros proveedores dentro de la red. Esto incluye chequeos de rutina, tratamientos con flúor, radiografías y limpiezas para ayudar a mantener los dientes y las encías fuertes y saludables. Dos veces al año para todos los miembros, más a menudo con documentación de necesidad médica.
- Eso no es todo ... Nuestro plan también ofrece cobertura dentro de la red para atención restaurativa, incluidos empastes y extracciones, y cirugía bucal de rutina.
- Para obtener un resumen de los servicios dentales cubiertos, consulte la página 44
- Con autorización previa pueden estar cubiertos coronas; dentaduras parciales; dentaduras completas; endodoncias; y cirugía oral compleja; así como otros procedimientos. Su oficina dental presentará una solicitud de autorización previa a UnitedHealthcare Community Plan en su nombre si sienten que usted necesita estos procedimientos.
- La ortodoncia requiere autorización previa y documentación de necesidad médica y tiene restricción de edad

**¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), 99  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

## Beneficios

---

- Es posible que los miembros con necesidades especiales de atención médica deban recibir atención dental en un quirófano o en un centro quirúrgico ambulatorio. Esto se basa en el centro quirúrgico. Esto se basa en la necesidad médica y requerirá la autorización previa del PCD. Comuníquese con su administrador de atención médica o con Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711 para obtener ayuda.

### Cosas que saber

- Usted debe contactar a su dentista para todas las emergencias dentales que no amenazan la vida antes de considerar un viaje a la sala de emergencias. Su dentista generalmente puede ayudarlo rápidamente a tratar el problema o aconsejarle sobre las opciones de tratamiento.
- Para procedimientos que pueden considerarse médicos o dentales o una combinación de ambos, como procedimientos quirúrgicos para mandíbulas fracturadas o la extirpación de quijadas, o para ciertos tipos de prótesis maxilofaciales, los miembros pueden ser tratados por especialistas dentales o especialistas dentales. Los especialistas obtienen una autorización previa para procedimientos médicamente necesarios, con la excepción de que los procedimientos de emergencia no requieren autorización previa.
- Si usa un dentista que no pertenece a la red de UnitedHealthcare, o si tiene un trabajo dental que requiere una autorización previa y no ha sido aprobado, es posible que tenga pagar los tratamientos dentales
- Para obtener información adicional o localizar a un dentista, póngase en contacto con Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711

### Limitaciones y exclusiones

UnitedHealthcare tiene limitaciones, como la cantidad de veces que puede recibir una limpieza cada año sin autorización previa calendario, la cobertura del tratamiento brindado por un dentista fuera de la red y los requisitos de autorización previa para ciertos procedimientos. Algunos servicios, como los aparatos ortopédicos, requieren aprobaciones adicionales de UnitedHealthcare. Además, algunos procedimientos, como el blanqueamiento cosmético, no están cubiertos por su plan dental. Para obtener información adicional, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711.

---

## Servicios de maternidad

### UnitedHealthcare Primeros Pasos Saludables (Healthy First Steps™)

Nuestro programa Primeros Pasos Saludables asegura que ambos, mamá y bebé, obtengan cuidados médicos buenos.

Le ayudaremos a obtener:

- Asesoramiento en nutrición, fitness y seguridad
- Educación sobre el parto
- Servicios de doula
- Educación sobre lactancia materna
- Suministros para la lactancia, incluidos extractores de leche para madres lactantes
- Un médico o una enfermera partera
- Suministros médicamente necesarios que pueda necesitar
- Visitas y exámenes prenatales y posparto
- Transporte a las visitas al médico
- Recursos comunitarios como servicios para mujeres, bebés y niños (WIC)
- Programas para dejar de fumar para mujeres embarazadas – Mom QUIT, NJ Quit Line
- Ayuda para encontrar un dentista para una atención dental integral (consulte la página 44 Servicios dentales)
- Cuidados después de que nazca su bebé
- Un pediatra (médico de niños)

La nutrición es importante para el desarrollo del niño. El programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC) se proporcionan alimentos nutritivos suplementarios a mujeres embarazadas, lactantes y en el período de posparto para bebés y niños hasta la edad de 5 años. Los servicios de WIC incluyen educación y asesoramiento nutricional, promoción y apoyo de la lactancia materna, pruebas de inmunización y referencias de atención médica. Usted continuará teniendo los beneficios de WIC mientras sea elegible. Las agencias de servicio de WIC tienen oficinas a través de todo el estado de New Jersey. Para obtener más información, llame gratuitamente al 1-866-44-NJ-WIC (1-866-446-5942) (TTY 711). También usted puede llamar a Healthy First Steps al 1-800-599-5985, TTY 711.

Llámenos gratuitamente al **1-877-813-3417**, TTY **711**, de las 8:00 a.m. a las 7:00 p.m. hora del Este, de lunes a viernes.

Es importante iniciar los cuidados de su embarazo de manera temprana. Asegúrese de ir a todas las citas que tiene con su doctor, aun cuando éste no sea su primer bebé.

**¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), 101  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

## Beneficios

---

### ¿Va a tener un bebé?

Si piensa que está embarazada, llame a la agencia de servicios sociales local (CWA) y a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**. Con esto usted asegura que obtendrá todos los servicios que se encuentran disponibles.

### Cómo inscribir a su bebé en NJ FamilyCare

Cuando nazca su bebé, debe inscribirlo en FFS llamando a la agencia de servicios sociales del condado o al Centro de Asistencia Médica para Clientes (Medical Assistance Customer Center – MACC). Los miembros de NJ FamilyCare deben llamar al Programa NJ FamilyCare al 1-800-701-0710 o TTY al 1-800-701-0720. Además debe llamar a UnitedHealthcare para darles el nombre, el número de identificación de FFS y número de seguro social de su niño, cuando se expida. Para obtener ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**, o NJ FamilyCare al 1-800-701-0710 o TTY al 1-800-701-0720.

### Servicios de atención pediátrica/EPSTD

Durante los primeros años de la vida de su bebé, será necesario que lleve a su niño al médico cada cierto número de meses para que le hagan sus revisiones. Estas revisiones incluyen inmunizaciones (vacunas) para proteger a su niño de enfermedades. Pregunte al médico de su niño sobre las vacunas que su niño podría necesitar y pedir ayuda para programar visitas regulares de revisiones del niño sano EPSTD.

La nutrición es importante para el desarrollo de un niño. El programa Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children – WIC) da alimentos nutritivos suplementarios a mujeres embarazadas, que amamantan y están en periodo postparto, bebés y niños hasta los cinco años de edad. Los servicios de WIC incluyen educación y asesoría en nutrición, promoción y apoyo de la lactancia materna, vacunas, pruebas de detección y referencias para atención médica. Usted seguirá recibiendo beneficios de WIC por tanto tiempo como sea elegible. Las agencias de servicios de WIC tienen oficinas en todo New Jersey. Llame sin cargo al 1-866-44-NJ-WIC (1-866-446-5942) (TTY 711) para obtener más información. Además puede llamar a Healthy First Steps al 1-800-599-5985 (TTY 711).

### Programa EPSTD

Su niño necesita ver al médico para sus revisiones regulares, incluso cuando él o ella esté sano(a). Si su niño comienza a tener un problema de salud, puede llamar al médico que ya conoce a su niño.

102 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

Con UnitedHealthcare, su niño está cubierto para todos los servicios de Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment) (EPSDT) que recibe de su PCP. Bright Futures/American Academy of Pediatrics (AAP) se utilizará como modelo de estándares de atención médica pediátrica y guías de las mejores prácticas clínicas para los exámenes de EPSDT. El programa EPSDT ayuda a los miembros de UnitedHealthcare a asegurarse de que sus niños permanezcan sanos y se asegura de que estén creciendo normalmente. Los servicios EPSDT incluyen:

- Vacunas (inyecciones).  
Vacunas adecuadas según la edad y el historial de salud.
- Exámenes físicos.  
Un historial completo de salud y desarrollo, incluida una evaluación de ambos y desarrollo de la salud mental. Un examen físico completo sin ropa.
- Pruebas de visión y audición
- Nutrición (hábitos alimenticios)
- Pruebas de laboratorio.  
Hemoglobina o hematocrito, análisis de orina, prueba cutánea de tuberculina (Mantoux).  
Pruebas de laboratorio adicionales que pueden ser apropiadas y médicamente indicadas.
- Primer examen dental a la edad de 1 año o cuando sale el primer diente
- Chequeos dentales dos veces al año, así como todos los tratamientos dentales necesarios
- Consulte el sitio web de UHCCP [UHCCCommunityPlan.com](http://UHCCCommunityPlan.com) para obtener una lista de proveedores del Programa Smiles de New Jersey o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**
- Referencias para atención especializada.  
Referencias para un diagnóstico y tratamiento adicionales o seguimiento de todas las anomalías corregibles, descubiertas o sospechadas. Referencia al Programa Especial de Alimentos Suplementarios para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) para niños menores de cinco años y para mujeres embarazadas o lactantes.
- Detección de plomo.  
Las pruebas de detección de plomo a través de pruebas de nivel de plomo en sangre deben realizarse a los 12 y 24 meses o entre los 27 y 72 meses de edad si nunca se han realizado.  
Prueba de detección de plomo mediante determinaciones del nivel de plomo en sangre entre los 6 y 12 meses, a los 2 años y anualmente hasta los 6 años.
- Desorden del espectro autista.  
Detección y tratamiento de Análisis de comportamiento aplicado (ABA) e Intervención basada en la relación del desarrollo (DRBI).
- Otros servicios, referencias o terapias que son necesarias desde el punto de vista médico.  
Es necesario que algunos de estos servicios sean aprobados por UnitedHealthcare antes de que su niño los reciba. El PCP de su niño se comunicará con UnitedHealthcare para pedir la autorización y, de ser aprobada, hará los arreglos.

**¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), 103  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

## Beneficios

---

Consulte el paquete de beneficios en la página 50, así como EPSDT en la página 55. Esta sección incluye un resumen de vacunación.

Muchos de estos servicios ya son parte de la visita del “niño sano” EPSDT de su niño. Debe llevar a su niño a una visita del niño sano inmediatamente después del nacimiento dentro de 3–5 días, a 1 mes, 18 meses y 30 meses y después anualmente desde los 3 años hasta los 20 años.

**Nota:** Los servicios de tratamiento para NJ FamilyCare B, C y D se limitan a aquellos que son provistos por UnitedHealthcare o cubiertos bajo el programa de FFS. Los servicios incluyen exámenes médicos de detección y diagnóstico temprano y periódico EPSDT y exámenes de detección dentales, de la vista, audición y de plomo. Incluye sólo aquellos servicios de tratamiento identificados durante exámenes que están disponibles a través de UnitedHealthcare o de servicios especificados bajo el programa FFS.

## Atención médica preventiva

### Todas las vacunas requeridas determinadas por edad

Visitar al médico con regularidad le ayudará a mantenerse sano(a). Hay tipos específicos de análisis, pruebas de detección o vacunas que usted necesita, basándose en su edad.

- A los niños desde su nacimiento hasta los 20 años de edad se les debe hacer exámenes anuales de EPSDT, incluso pruebas de detección de plomo. Las pruebas de detección de plomo mediante determinaciones del nivel de plomo en sangre deben realizarse a todos los niños de NJ FamilyCare y elegibles de Medicaid de las siguientes edades:
  - Entre los nueve (9) y dieciocho (18) meses, de preferencia a los doce (12) meses
  - Entre los dieciocho (18) y veintiséis (26), de preferencia a los veinticuatro (24) meses
  - Realizar la prueba a todo niño entre los veintisiete (27) y setenta y dos (72) meses si nunca se han realizado
- Vacuna antigripal o para la neumonía cuando sea necesario
- Exámenes para la detección de cáncer de los pechos, colono rectales o de la próstata
- Exámenes dentales dos veces al año y limpieza de dientes están cubiertos y disponibles para todos los miembros. Asegúrese de completar todos los tratamientos dentales recomendados.

Pregunte a su médico si usted cree que debería recibir estos servicios.

Consulte la tabla de beneficios para obtener información específica sobre la detección del cáncer.

104 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

# Otros detalles del plan

---

## Cómo encontrar a un proveedor, farmacia o laboratorio dentro de la red

Para encontrar un proveedor, una farmacia o servicios de laboratorio de la red cerca de usted:

Visite en internet [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) para obtener información actualizada. Haga clic sobre “Find a Provider.” – “Para encontrar un Proveedor”.

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**. Nosotros podemos localizar a uno para usted. También, si así lo desea, podemos enviarle por correo un Directorio de Proveedores.

## Directorio de Proveedores

Un Directorio de Proveedores en su área se encuentra disponible para usted. El directorio enlista los nombres, direcciones, números de teléfono, calificaciones profesionales, especialidad y certificación de colegios de nuestros proveedores dentro de la red.

La información de los proveedores cambia a menudo. Visite nuestro sitio en internet [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) para obtener la más reciente lista. Haga clic sobre “Find a Provider” – “Para Encontrar a un Proveedor” en el directorio para la búsqueda. Si usted busca una lista de los dentistas que dan tratamiento a niños menores de 6 años, oprima sobre “Dentist Lookup” – “Para encontrar un dentista” para usar nuestra herramienta de búsqueda en el directorio en internet.

Si usted desea obtener una copia impresa de nuestro Directorio de Proveedores, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**, y le enviaremos por correo una copia.

# Evaluación de nueva tecnología

Algunas prácticas y tratamientos médicos no han probado ser efectivos todavía. UnitedHealthcare examina las nuevas prácticas, tratamientos y tecnologías para tomar decisiones sobre las nuevas prácticas y tratamientos y en qué condiciones pueden utilizarse. Esta información es examinada por un comité integrado por médicos, personal de enfermería, farmacéuticos y expertos, quienes toman la decisión final de cobertura.

Si le gustaría recibir más información sobre cómo podemos tomar decisiones respecto de las nuevas prácticas y tratamientos médicos, llámenos al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

# Servicios de interpretación y asistencia con el idioma

Muchos de nuestros empleados en Servicios para Miembros hablan otros idiomas. Si usted no puede conectar con uno de ellos que hable su idioma, usted puede encontrar a un intérprete que se comunique con Servicios para Miembros.

Muchos de los proveedores de nuestra red también hablan otros idiomas. Si usted consulta con uno que no hable su idioma, usted puede emplear a nuestros intérpretes o servicios de Lenguaje Hablado para ayudarle durante su cita. Haga los arreglos para obtener servicios de interpretación por lo menos 72 horas antes de su cita. Para emplear servicios de Lenguaje Hablado, se requiere que haga la solicitud 2 semanas antes de la cita.

Usted también puede obtener los materiales impresos que le enviamos, ya sea impresos en un idioma diferente o traducido. Para hacer arreglos para tener un intérprete, servicios de traducción o para un formato de audio, llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

## Servicios de Assurance Wireless Lifeline

Como miembro, o como tutor de un miembro de UnitedHealthcare, usted puede calificar para servicios de Assurance Wireless Lifeline, un teléfono móvil y un plan de servicio sin costo. Como cliente de Assurance Wireless, puede acceder fácilmente a:

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

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

Elija el servicio Lifeline adecuado para usted.

Visite [AssuranceWireless.com/partner/buhc](https://www.assurancewireless.com/partner/buhc) para solicitar u obtener más información sobre los planes de Assurance Wireless Lifeline.

## Actualización de su información

Para asegurarse de que la información personal que tenemos de usted sea correcta, por favor infórmenos si existe algún cambio en la siguiente información:

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

Por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711** si esta información cambia. UnitedHealthcare necesita actualizar los registros para informarle sobre nuevos programas, enviarle recordatorios sobre chequeos de salud, enviarle por correo boletines informativos para miembros, tarjetas de identificación y otra información importante. También debe informarle a NJFamilyCare si hizo algún cambio. Su número de teléfono es 1-800-701-0710 (TTY 1-800-701-0720). Ellos necesitan información actualizada respecto de su dirección cada vez que se muda.

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), 107  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

## Otros detalles del plan

---

### Otro seguro

Si tiene otro seguro, llame a Servicios para Miembros para informarnos.

- Si es miembro, su otro seguro médico deberá pagar las facturas de atención médica primero
- Cuando recibe atención, siempre muestre ambas tarjetas de identificación de miembro (de UnitedHealthcare y de su otro seguro)

## Fraude, desperdicio y abuso

UnitedHealthcare quiere que usted reporte a cualquier proveedor (por ejemplo un médico, dentista, terapeuta, hospital o proveedor de equipo médico), si usted sospecha de fraude, desperdicio o abuso por servicios que se brinden a usted o a cualquiera que tenga cobertura de UnitedHealthcare. Sírvase llamar a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**. Algunas formas comunes de fraude, desperdicio y abuso son:

- Facturar o cobrarle por servicios cubiertos, excepto los copagos que aparecen en su tarjeta de identificación del miembro
- Facturar o cobrar a UnitedHealthcare por servicios que usted nunca recibió
- Ofrecerle regalos o dinero para que le den tratamiento o servicios
- Ofrecerle servicios gratuitos, equipo o suministros a cambio de su número de identificación del miembro
- Darle tratamiento o servicios que usted no necesita

Usted no tiene que dar su nombre cuando reporte a alguien. Si lo hace, no se dirá al proveedor que usted llamó. Si usted no habla inglés, se pondrá a su disposición un intérprete. Además puede reportar sospecha de fraude, desperdicio o abuso al Estado de New Jersey llamando al 1-888-937-2835.

## Su opinión cuenta

¿Tiene alguna idea sobre cómo UnitedHealthcare puede mejorar? Existen muchas formas en las que puede decirnos qué piensa.

- Llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.
- Escríbanos a:  
UnitedHealthcare Community Plan  
P.O. Box 2040  
Edison, NJ 08818-2040

### Comité de asesoramiento para miembros

Tenemos también un Comité de asesoramiento para miembros que se reúne cada tres meses. Si piensa que le gustaría unirse a nosotros, llame a Servicios para Miembros.

## Administración de utilización

UnitedHealthcare Community Plan no quiere que usted reciba menos cuidados de salud de los que requiere o que reciba cuidados que no sean necesarios. Así mismo, nosotros necesitamos estar seguros que los cuidados de salud que usted recibe son beneficios que están cubiertos. Las decisiones acerca de los cuidados de salud se basan solamente en lo apropiado que son esos cuidados y en su cobertura existente. Empleamos la administración de utilización (UM) para estar seguros que usted está recibiendo los cuidados de salud de manera correcta, en el momento correcto y en el lugar correcto. La administración de la utilización es llevada a cabo únicamente por los doctores, los dentistas y los farmacéuticos. Nosotros no ofrecemos ningún incentivo a los supervisores para que ellos tomen decisiones que resulten en que usted reciba menos cuidados. Si usted tiene preguntas acerca de la UM, puede hablar con nuestro personal de la Administración de Casos de Medicaid. El personal se encuentra disponible de las 8:00 a.m. a las 6:00 p.m. al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

### Proceso de apelación a la administración de utilización:

Denegación/limitación/reducción/terminación del servicio en función de la necesidad médica.

Usted y su proveedor deben recibir una carta de notificación dentro de 2 días hábiles acerca de cualquier decisión del plan de salud de negar, reducir o finalizar un servicio o beneficio. Si usted no está de acuerdo con la decisión del plan, usted (o su proveedor, con su permiso por escrito) puede impugnar la decisión, solicitando una apelación. Consulte el resumen a continuación para conocer los plazos para solicitar una apelación.

**¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), 109  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

## Proceso de apelación a la administración de utilización

| Etapas  | Plazo para que el miembro o proveedor solicite una apelación                   | Plazo para que el miembro o proveedor solicite una apelación para la continuación de los beneficios de los servicios existentes  | Plazo para llegar a la determinación de la apelación   | Tipo de plan<br>FamilyCare |
|---|--|--|--|----------------------------|
| <p><b>Apelación interna</b></p> <p>La <b>apelación interna</b> es el primer nivel de apelación, administrado por el plan de salud.</p> <p>Este nivel de apelación es una revisión interna formal por parte de profesionales de salud seleccionados por el plan que tienen la experiencia adecuada para el caso médico en cuestión y que no participaron en la determinación original.</p> | 60 días calendario desde la fecha de la notificación inicial/ carta de rechazo | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En o antes del último día de la autorización actual; o</li> <li>• Dentro de los diez días calendario posteriores a la fecha de la carta de notificación, lo que sea posterior.</li> </ul> | 30 días calendario o menos desde la recepción de la solicitud de apelación por parte del plan de salud | A/ABP<br>B<br>C<br>D       |

110 ¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

| Etapas   | Plazo para que el miembro o proveedor solicite una apelación                           | Plazo para que el miembro o proveedor solicite una apelación para la continuación de los beneficios de los servicios existentes   | Plazo para llegar a la determinación de la apelación                                   | Tipo de plan FamilyCare        |
|--|--|---|--|--------------------------------|
| <p><b>Apelación externa/IURO</b></p> <p>La apelación externa/IURO es una apelación externa realizada por una Organización de Revisión de Utilización Independiente (IURO).</p> | <p>60 días calendario a partir de la fecha en la notificación de apelación interna</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En o antes del último día de la autorización actual; o</li> <li>• Dentro de los diez días calendario posteriores a la fecha de la carta de notificación de apelación interna, lo que sea posterior.</li> </ul> | <p>45 días calendario o menos desde la decisión de IURO después de revisar el caso</p> | <p>A/ABP<br/>B<br/>C<br/>D</p> |

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), 111 o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711.

| Etapas                                 | Plazo para que el miembro o proveedor solicite una apelación                        | Plazo para que el miembro o proveedor solicite una apelación para la continuación de los beneficios de los servicios existentes  | Plazo para llegar a la determinación de la apelación  | Tipo de plan FamilyCare |
|--|---|--|---|-------------------------|
| <b>Audiencia imparcial de Medicaid</b> | 120 días calendario desde la fecha de la carta de notificación de apelación interna | Cualquiera que sea el último de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En o antes del último día de la autorización actual; o</li> <li>• Dentro de los diez días calendario posteriores a la fecha de la carta de notificación de apelación interna; o</li> <li>• Dentro de los diez días calendario posteriores a la fecha de la carta con la decisión de la apelación externa/IURO.</li> </ul> | Se tomará una decisión final dentro de los 90 días calendario después de la solicitud de audiencia imparcial. | A/ABP solamente         |

112 ¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711.

## Apelaciones y quejas

### Determinación adversa inicial

Si UnitedHealthcare decide rechazar la solicitud inicial de un servicio o reducir o detener un servicio continuo que usted ha estado recibiendo durante un tiempo, esta decisión también se conoce como una **determinación adversa**. Nosotros le informaremos a usted y a su proveedor acerca de esta decisión tan pronto como sea posible, frecuentemente por teléfono. Usted recibirá una carta por escrito explicando nuestra decisión dentro de dos días hábiles.

Si no está de acuerdo con la decisión del plan, usted o su proveedor (con su autorización por escrito) pueden impugnar la decisión solicitando una **apelación**. Usted o su proveedor pueden solicitar una apelación verbalmente (por teléfono) o por escrito. Para solicitar una apelación oralmente, puede llamar al plan al **1-800-941-4647**, TTY **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las solicitudes de apelación por escrito deben enviarse por correo a la siguiente dirección:

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

Usted tiene **60 días calendario** a partir de la fecha de la carta de determinación adversa inicial para solicitar una apelación.

### Apelación interna

Su caso será revisado por un doctor u otro profesional de la salud, seleccionado por UnitedHealthcare que tenga experiencia en el área del conocimiento médico apropiado para su caso. Nosotros tendremos cuidado de elegir a alguien que no haya participado en la decisión original acerca de sus cuidados médicos. Nosotros debemos tomar una decisión acerca de su apelación dentro de 30 días calendario (o antes, si su afección médica lo requiere).

Si se rechaza su apelación (no se decide en su favor), usted recibirá una carta por escrito de nuestra parte explicando nuestra decisión. La carta también incluirá información acerca de su derecho a presentar una apelación ante la organización de revisión de utilización independiente externa (IURO) y/o su derecho a una Audiencia imparcial estatal de Medicaid. La carta le informará cómo solicitar estos tipos de apelación adicional. Usted también encontrará más detalles acerca de esas opciones más adelante en esta sección del manual.

## Otros detalles del plan

---

### Apelaciones aceleradas (rápidas)

Usted tiene la opción de solicitar una apelación acelerada (rápida) si considera que su salud se verá afectada si nosotros tomamos el tiempo estándar (hasta 30 días calendario) para tomar una decisión acerca de su apelación. Además, si su proveedor nos informa que tomar hasta 30 días calendario para llegar a una decisión podría poner en grave peligro su vida o salud, o su capacidad de recuperarse por completo de su condición actual, debemos tomar una decisión acerca de su apelación dentro de 72 horas.

### Apelación Externa (IURO)

Si su apelación interna no es en su favor, usted (o el proveedor que actúe en su nombre con su consentimiento por escrito) puede solicitar una apelación externa (IURO) completando el formulario de **Solicitud de Apelación Externa**. A usted se le enviará una copia del formulario de Solicitud de apelación externa con la carta que le informa acerca del resultado de su apelación interna. Usted o su proveedor deben enviar por correo el formulario completado a la siguiente dirección dentro de **60 días calendario** posteriores a la fecha de su carta con el resultado de la apelación interna:

Maximus Federal – NJ IHCAP  
3750 Monroe Avenue, Suite 705  
Pittsford, New York 14534

Usted también puede enviar el formulario completo por fax al 585-425-5296 o enviarlo por correo electrónico a [stateappealseast@maximus.com](mailto:stateappealseast@maximus.com).

Si no se incluyó una copia de la Solicitud de Apelación Externa con su carta del resultado de la apelación Interna, llame a Servicios al Miembro al **1-800-941-4647**, TTY **711** para solicitar una copia.

Las apelaciones externas (IURO) no se llevan a cabo por el plan. Estas apelaciones son revisadas por una Organización de revisión de utilización independiente (IURO), que es una organización de revisión imparcial de terceros que no está directamente afiliada ni al plan ni al Estado de New Jersey. La IURO asignará su caso a un doctor independiente, quien revisará su caso y tomará una decisión. Si la IURO decide aceptar su caso para su revisión, tomará su decisión dentro de 45 días calendario (o antes, si su condición médica lo requiere).

Usted también puede solicitar una apelación externa acelerada o rápida (IURO), de la misma manera como puede hacerlo con las apelaciones internas. Para solicitar una apelación acelerada, usted o su proveedor deben enviar por fax una copia llenada por completo del formulario de Solicitud de apelación externa a Maximus Federal al 585-425-5296, y solicitar una apelación acelerada en el formulario en la **Sección V, Resumen de Apelación**. En el caso de una apelación externa acelerada (IURO), la IURO debe tomar una decisión acerca de su apelación **dentro de 48 horas**.

Si usted tiene preguntas acerca del proceso de apelación externa (IURO) o si desea solicitar asistencia con su solicitud, también puede llamar al Departamento de Banca y Seguros de New Jersey (DOBI) al 1-888-393-1062 o al 609-777-9470.

La apelación externa (IURO) es opcional. Usted no necesita solicitar una apelación externa (IURO) antes de solicitar una Audiencia imparcial estatal de Medicaid. Una vez que finaliza su apelación interna, usted tiene las siguientes opciones para solicitar una apelación externa (IURO) y/o una Audiencia imparcial estatal de Medicaid:

- Usted puede solicitar una apelación externa (IURO), esperar la decisión de IURO y **después** solicitar una Audiencia imparcial estatal de Medicaid, si la IURO no decidió en su favor
- Usted puede solicitar una apelación externa (IURO) y una Audiencia imparcial estatal de Medicaid **al mismo tiempo** (solo tenga en cuenta que realiza estas dos solicitudes a diferentes agencias gubernamentales)
- Usted puede solicitar una Audiencia imparcial estatal de Medicaid **sin** solicitar una apelación externa (IURO)

**Así mismo, note por favor:** Las Audiencias imparciales de Medicaid solo están disponibles para los miembros de NJ FamilyCare Plan A y ABP.

### **Audiencia imparcial estatal de Medicaid**

Usted tiene la opción de solicitar una Audiencia imparcial estatal de Medicaid después de que finalice su apelación interna (y UnitedHealthcare haya tomado una decisión). Las Audiencias imparciales estatales de Medicaid son administradas por personal de la Oficina de Derecho Administrativo de New Jersey (New Jersey Office of Administrative Law). Usted tiene hasta **120 días calendario** a partir de la fecha de la **carta con el resultado de la apelación interna** para solicitar una Audiencia imparcial estatal de Medicaid. Usted puede solicitar una Audiencia imparcial del estado de Medicaid escribiendo a la siguiente dirección:

Fair Hearing Section  
Division of Medical Assistance and Health Services  
P.O. Box 712  
Trenton, NJ 08625-0712

**¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), 115  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

## Otros detalles del plan

---

Si usted presenta una solicitud de Audiencia imparcial estatal de Medicaid acelerada (rápida) y cumple con todos los requisitos para una apelación acelerada, se tomará una decisión dentro de 72 horas a partir del día en que la agencia estatal recibió su solicitud de Audiencia imparcial de Medicaid.

**Por favor note:** La fecha límite para solicitar una Audiencia imparcial estatal de Medicaid es siempre de 120 días a partir de la fecha en la carta que le informa el resultado de su apelación interna. Esto se aplica incluso si mientras tanto usted solicita una apelación externa (IURO). El plazo de 120 días para solicitar una Audiencia imparcial estatal de Medicaid siempre se inicia con el resultado de su apelación interna, no de su apelación externa (IURO).

## Continuidad de beneficios

Si usted solicita una apelación porque el plan está deteniendo o reduciendo un servicio o un curso de tratamiento médico que usted ya ha estado recibiendo, puede hacer que sus servicios/beneficios continúen durante el proceso de apelación. UnitedHealthcare continuará brindando los servicios automáticamente mientras su apelación esté pendiente, siempre que se cumplan todos los siguientes requisitos:

- La apelación se refiere a la terminación, suspensión o reducción de un curso de tratamiento médico previamente autorizado;
- Los servicios fueron ordenados por un proveedor autorizado; y
- Usted (o su proveedor, actuando en su nombre con su consentimiento por escrito) presenta la apelación dentro de **10 días calendario**, posteriores a la fecha de la carta de determinación adversa inicial o en el último día de la autorización original, **cualquiera que sea el último**.

Sus servicios **no** continuarán automáticamente durante una Audiencia imparcial estatal de Medicaid. Si usted desea que sus servicios continúen durante el proceso de una Audiencia imparcial del estado de Medicaid, usted debe solicitarlo **por escrito** cuando solicite una Audiencia imparcial y se debe hacer esa solicitud dentro de:

- **10 días calendario** a partir de la fecha en la carta con el resultado de la apelación interna; o dentro de
- **10 días calendario** a partir de la fecha en la carta que le informa el resultado de su apelación externa (IURO), si usted solicitó una; o
- En o antes del último día de la autorización original, **lo que sea posterior**.

**Por favor note:** Si usted solicita que sus servicios continúen durante una Audiencia imparcial estatal de Medicaid y la decisión final no es en su favor, es posible que usted deba pagar el costo de sus servicios continuos.

Si usted tiene alguna pregunta acerca del proceso de apelación, puede comunicarse con Servicios al Miembro al **1-800-941-4647**, TTY **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

## Quejas

### Si tiene un problema

Una queja es una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto, una queja o una protesta de un miembro con respecto a la conducta de UnitedHealthcare Community Plan o cualquier proveedor dentro de la red. También podría ser una falta de acción por parte de UnitedHealthcare Community Plan o cualquier proveedor dentro de la red en nombre de un miembro, o cualquier otro asunto en el que un miembro se sienta tratado injustamente por parte de UnitedHealthcare Community Plan comunicado verbalmente o por escrito. Usted, su proveedor o un representante con su consentimiento por escrito tienen derecho a presentar una queja en cualquier momento. La manera más fácil de obtener respuestas a sus preguntas o presentar una queja es llamar a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**. También puede escribir a:

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

Si llama o escribe para informarnos sobre una queja, le responderemos dentro de los 5 días hábiles para informarle que recibimos su queja. Analizaremos su queja y trabajaremos arduamente para responderla dentro de los 30 días calendario. Le enviaremos una carta con nuestra respuesta escrita en su idioma principal informándole de la resolución.

Ni UnitedHealthcare Community Plan ni ninguno de sus proveedores lo penalizarán a usted ni a su proveedor por presentar una queja o apelación, o una solicitud de Audiencia imparcial. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**, si tiene alguna pregunta sobre sus derechos.

# Testamentos en vida y Directivas Anticipadas

Todos los miembros adultos de UnitedHealthcare tienen derecho a dar instrucciones anticipadas por escrito sobre su atención médica en caso de que lleguen a estar incapacitados según § 42 CFR 489.100. Las directivas anticipadas son instrucciones escritas que usted da por adelantado en caso de que llegara a estar demasiado enfermo(a) para tomar esas decisiones por sí mismo(a). Algunas veces se llaman testamentos en vida o un poder notarial médico. Usted puede establecer el tipo de tratamiento que desea o no desea — como por ejemplo que se le alimente a través de tubos si no puede comer o que lo(a) pongan en un respirador (máquina para respirar) — y puede nombrar a una persona para que tome esas decisiones por usted según 42 CFR 422.128. Si hay un cambio en la Ley del Estado de NJ, la información debe reflejar los cambios tan pronto como sea posible, pero a más tardar 90 días después de la entrada en vigencia de la ley Estatal.

Es una buena idea que se asegure de que su PCP y cualquier especialista que vea conozcan sus deseos antes de que se le hospitalice. Si desea hacer un testamento en vida o directivas anticipadas, sírvase llamar a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**. También debe hablar con su Administrador de Cuidados acerca de un testamento en vida o directiva anticipada. Puede cambiar sus decisiones sobre su testamento en vida o directivas anticipadas en cualquier momento.

## Derechos y responsabilidades de los miembros

### Confirmación del miembro acerca de su “Declaración de Derechos”

Como miembro de UnitedHealthcare, cuando se inscribe usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Estos derechos también se aplican a los miembros menores con discapacidades. Es importante que usted entienda por completo cuáles son esos derechos y responsabilidades. Las siguientes declaraciones de los derechos y responsabilidades se presentan para su información. El estado debe estar seguro de que cada suscriptor es libre de ejercer sus derechos y que el ejercicio de esos derechos no afecta de una manera adversa la forma en que el plan y los proveedores del plan o las agencias del estado tratan al suscriptor.

### Los miembros tienen el derecho de:

1. Ser tratado(a) con respeto, dignidad y privacidad por UnitedHealthcare y sus proveedores.
2. Se le informe sobre cualquier enfermedad que tenga.
3. Se le informe de toda atención médica o tratamiento que su PCP cree que se debería hacer antes de que se lleve a cabo, incluso si UnitedHealthcare no lo cubre. Esto incluye el derecho a obtener información exacta, fácil de entender para ayudarle a tomar buenas decisiones sobre su tratamiento.
4. Rechazar tratamiento en la medida que la ley lo permita y a saber cuál será el resultado.
5. Esperar que sus médicos mantengan sus expedientes y todo lo que usted diga en privado. No se revelará información a ninguna persona sin su consentimiento, a menos que la ley lo requiera.
6. Solicitar un directorio actualizado de proveedores de la red de UnitedHealthcare para elegir a su propio PCP.
7. Recibir servicios médicos necesarios dentro de un plazo de tiempo razonable.
8. Si tiene un bebé, usted tiene derecho a quedarse en el hospital durante al menos 48 horas después del parto si es un parto vaginal normal. Si se le hace una cesárea, puede quedarse en el hospital al menos 96 horas después que su bebé nazca.
9. Presentar una reclamación o una apelación a UnitedHealthcare y a recibir una respuesta de manera oportuna.
10. Para recibir información acerca de UnitedHealthcare, sus servicios, los doctores y proveedores, los derechos y responsabilidades de los miembros y para informarse acerca de las regulaciones de UnitedHealthcare, así como para conocer cualquier cambio que se suceda.
11. Hacer sugerencias con respecto a las políticas y los procedimientos de UnitedHealthcare, incluso sus derechos y responsabilidades.
12. Hablar sobre sus expedientes médicos con su PCP y a obtener una copia completa de esos expedientes.
13. Que se le den a conocer todos los beneficios de FFS a los que es elegible y todos los servicios médicos a su disposición por medio de UnitedHealthcare.
14. Tener el representante autorizado que usted escoja para que haga las determinaciones médicas por usted.
15. Pedir una segunda opinión sobre la atención médica que su PCP le aconseje que obtenga.
16. Conocer cómo decide UnitedHealthcare si un servicio es cubierto y/o es necesario desde el punto de vista médico.
17. Un traductor si lo necesita cuando habla con nosotros o con uno de nuestros proveedores.
18. Participar en todas las decisiones sobre su atención médica y el desarrollo de cualquier plan de atención médica diseñado para usted.

**¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), 119  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711.

## Otros detalles del plan

---

19. Conversar con proveedores en privado y a que sus expedientes médicos se mantengan privados.
20. A no sufrir daño, incluso confinamientos físicos o aislamiento innecesario, exceso de medicamentos, abuso físico o mental o abandono.
21. Que no se le hagan procedimientos peligrosos.
22. Que no se le cobren balances de cuentas.
23. Que se le brinden servicios que promueven una calidad de vida con sentido e independencia para usted, incluso vivir en su propia casa u otro ambiente comunitario siempre y cuando sea factible desde el punto de vista médico y social y el derecho a la conservación y apoyo de su sistema de soporte natural.
24. Recibir servicios sin distinción de raza, religión, color, credo, género, origen nacional, creencias políticas, orientación sexual, identidad de género, estado civil o discapacidad.
25. Obtener información acerca de nuestros proveedores, incluyendo la educación del proveedor, la residencia que haya completado, la certificación de especialización y la re-certificación. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

### **Derechos adicionales de los miembros de MLTSS:**

1. Solicitar o recibir información acerca de los servicios que se encuentran disponibles.
  2. Obtener acceso y escoger a los proveedores calificados que ofrecen el servicio.
  3. Informarse de sus derechos antes de recibir el servicio escogido y aprobado.
  4. Recibir servicios sin importar cual sea su raza, religión, color, creencia, género, nacionalidad, doctrina política, orientación sexual, estado civil o discapacidad.
  5. Obtener acceso a los servicios apropiados que ayudarán a su salud y bienestar.
  6. Asumir el riesgo después de haber sido informado por completo y ser capaz de comprender los riesgos y consecuencias de las decisiones que ha tomado.
  7. Tomar decisiones relacionadas a las necesidades para sus cuidados.
  8. Participar en el desarrollo y cambios a su Plan de Cuidados.
  9. Solicitar cambios en sus servicios en cualquier momento, incluyendo la adición, incremento, decremento y discontinuación.
  10. Solicitar y recibir de su Administrador de Cuidados una lista con los nombres y obligaciones de cualquier persona(s) asignada(s) a proveerle servicios dentro de su Plan de Cuidados.
  11. Recibir ayuda y orientación de parte de su Administrador de Cuidados para resolver todas las preguntas e inquietudes acerca de sus necesidades de cuidados y/o reclamaciones acerca de los servicios o de sus proveedores.
- 120 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

12. Ser informado y recibir por escrito en forma comprensible los derechos específicos de residente después de ser admitido a sitios institucionales o residenciales.
13. Ser informado acerca de todos los servicios cubiertos o requeridos a los cuales tiene derecho, que sean requeridos de usted y/o que se ofrezcan por la institución o residencia, así como cualquier cargo(s) que no sean cubiertos por el plan de administración del sitio.
14. No ser transferido o dado de baja de ningún sitio, excepto en aquellos casos con necesidades médicas; cuando sea necesario proteger su bienestar y seguridad físicas o la seguridad y bienestar de otros de los residentes; o debido a la falta de pago, después de haber recibido notificación razonable y apropiada por no haber pagado con fondos de ingresos reportados en la declaración del ingreso disponible para los pagos a FFS.
15. Hacer que su plan de salud proteja y promueva su habilidad para hacer validos todos los derechos identificados en este documento.
16. Hacer que todos los derechos y responsabilidades mostrados en este documento sean enviados a su representante autorizado o al guardián que ha sido designado por la corte.

### Información de su salud personal (PHI)

Es requerido por la ley que el UnitedHealthcare Community Plan proteja la privacidad de su cobertura de salud. Nosotros estamos obligados a mantener su información en forma segura y confidencial. Nosotros no vendemos su información y nosotros no divulgamos su información personal de salud, excepto cuando la comunicamos a nuestros socios de los cuidados de salud. Nuestros empleados protegen su información personal de salud, ya sea que se haya obtenido de manera oral, por escrito o en forma electrónica. Usted tiene el derecho de solicitar el acceso para revisar, copiar o modificar su información médica personal. Así mismo, usted puede solicitar restricciones en el uso y divulgación de esta información.

Si usted desea ejecutar estos derechos o necesita de mas información al respecto, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**, o acuda al siguiente sitio en Internet: <http://www.UHCCommunityPlan.com/privacy-policy.html>.

# Declaración de derechos del consumidor de las HMO de New Jersey

Además de los derechos que usted tiene como miembro de UnitedHealthcare, usted también tiene estos derechos como miembro de un plan de salud de New Jersey. Estos incluyen:

1. Obtener un directorio actualizado de médicos de la red de UnitedHealthcare.
2. Tener opciones en cuanto a especialistas después de una referencia.
3. Si tiene una discapacidad crónica, tiene derecho a que se le refiera a especialistas que tienen experiencia en el tratamiento de discapacidades.
4. Tener acceso a un PCP o un médico encargado las 24 horas del día, los 365 días del año.
5. Llamar al 911 en una situación con potencial de poner la vida en peligro sin autorización previa de UnitedHealthcare.
6. Que UnitedHealthcare pague por su examen de evaluación médica en la sala de emergencias para determinar si existe una condición médica de emergencia.
7. Recibir hasta 4 meses (o un año dependiendo de su condición) de cobertura continua — si es necesario desde el punto de vista médico — de un médico que se retiró de UnitedHealthcare.
8. Que sea un médico quien tome la decisión de negar o limitar su cobertura.
9. Que no hayan “reglas de mordaza”. Sus médicos son libres de conversar con usted sobre todas las opciones de tratamiento médico, incluso si no son servicios cubiertos.
10. Conocer cómo paga UnitedHealthcare a sus proveedores, de manera que usted sepa si hay incentivos financieros (recompensas) o falta de incentivos (sin recompensas) cuando él o ella toma decisiones médicas.
11. Apelar una decisión que deniega o limita la cobertura, primero con UnitedHealthcare y luego a través de una organización independiente (con una tarifa de presentación).
12. Saber que usted o su médico no puede ser penalizado por presentar una reclamación o una apelación.
13. A que se le informe de cualquier cambio en los beneficios, servicios o nuestra red de proveedores.
14. A que no se le cobre honorarios de médicos más allá de lo que UnitedHealthcare o FFS pague al proveedor.
15. Recibir de cualquiera de sus proveedores una explicación, en términos que usted pueda entender, de su condición médica completa.
16. Elegir un PCP dentro de los límites de los beneficios cubiertos.

122 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

17. A que se le provea información sobre las políticas y los procedimientos, derechos y responsabilidades, productos, servicios, proveedores y procedimientos de apelación de UnitedHealthcare.
18. Presentar una reclamación o una apelación a nosotros o al Departamento de Banca y Seguros del estado (State Department of Banking and Insurance) o a la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (Division of Medical Assistance and Health Services). Usted tiene derecho a recibir una respuesta a estas reclamaciones dentro de un periodo de tiempo razonable. Aquellos que tienen Medicaid, NJ FamilyCare A y ciertos miembros de NJ FamilyCare D tienen derecho a una Audiencia Imparcial de Medicaid.

### Sus responsabilidades

1. Proporcionar información (en la medida que sea posible) que el Plan de salud y sus profesionales y proveedores necesitan para dar atención médica.
2. Seguir los planes y las instrucciones de atención médica que usted ha acordado con sus profesionales de atención médica.
3. Entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento de mutuo acuerdo, en la medida que sea posible.

### Responsabilidades adicionales para los miembros de MLTSS

1. Proveer toda la información relacionada a su salud y tratamientos, incluyendo pero no limitándose a medicamentos, circunstancias, condiciones del entorno de vida y toda la ayuda formal e informal a su Administrador de Cuidados de su plan, para poder identificar los cuidados necesarios y para desarrollar su plan de cuidados de salud.
2. Entender cuáles son sus cuidados de salud necesarios y trabajar junto con su Administrador de Cuidados para desarrollar o cambiar las metas y servicios;
3. Trabajar con su Administrador de Cuidados para desarrollar o revisar su Plan de Cuidados para facilitar a su debido tiempo la autorización e implementación de los servicios;
4. Hacer preguntas cuando sea necesario obtener adicional y mejor entendimiento;
5. Entender los riesgos asociados con sus decisiones acerca de los cuidados;
6. Reportar cualquier cambio significativo en las condiciones de su salud, medicamentos, circunstancias, situación en el entorno de su vivienda, ayuda formal e informal a su Administrador de Cuidados;
7. Notificar a su Administrador de Cuidados de cualquier problema que pueda ocurrir o si usted está insatisfecho con los servicios que se le prestan; y
8. Seguir las regulaciones de su plan de salud y/o las regulaciones de los sitios institucionales o residenciales.

## Otros detalles del plan

---

9. Pagar las cantidades mensuales que se adeuden por los costos de su casa de reposo con servicios de enfermería o centro de residencia asistida, si tiene alguno.

\* Si usted no paga el adeudo, puede dar como resultado la terminación de su plan de salud o que su proveedor del servicio pueda decidir cancelar los arreglos y servicios que tenga en el sitio en donde vive.

## NJ FamilyCare

Si está inscrito(a) en Medicaid/NJ FamilyCare A, o NJ FamilyCare ABP (con algunas excepciones), los beneficios y las políticas de UnitedHealthcare que lo(a) afectan son exactamente los mismos que los descritos en este manual para miembros.

Si está inscrito(a) en NJ FamilyCare B, C o D, todos los beneficios de UnitedHealthcare descritos en este manual están cubiertos, pero usted no puede pedir una audiencia imparcial de Medicaid si tiene una reclamación en contra de UnitedHealthcare. Usted puede presentar quejas y apelaciones llamando a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

### Los miembros de NJ FamilyCare C y D deben pagar las siguientes cuotas:

#### NJ FamilyCare C

1. Copagos entre \$1 y \$10. Nativos de Alaska y nativos americanos menores de 19 años no tienen un copago.
2. Los copagos anuales totales no serán mayores que el 5% del ingreso anual de su familia. Es su responsabilidad llevar cuenta de sus copagos totales del año. Llame al Coordinador de Beneficios de Salud al 1-800-701-0710 (TTY 1-800-701-0720) una vez que llegue a su límite anual.

#### NJ FamilyCare D

1. Copagos, sin exceder \$35 por servicio. Nativos de Alaska y nativos americanos menores de 19 años no tienen un copago.
2. Los copagos anuales no serán mayores que el 5% del ingreso anual de su familia. Es su responsabilidad llevar cuenta de sus pagos totales del año. Llame al Coordinador de Beneficios de Salud al 1-800-701-0710 (TTY 1-800-701-0720) una vez que llegue a su límite anual.

Si tiene preguntas sobre estas reglas de NJ FamilyCare, por favor llame sin cargo a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

124 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

(Sujeto a cambios)

**NJ FamilyCare C (Contribuciones personales a la atención médica)**

Nota: Los copagos se requieren sólo si se indica en su tarjeta de identificación.

|  |      |
|--|------|
| Visitas ambulatorias al hospital (excepto para servicios preventivos) .....  | \$5  |
| Servicios de emergencia en una sala de emergencias de un hospital .....  | \$10 |
| Visitas a médicos (excepto para visitas del niño sano, pruebas de detección de plomo y tratamiento, vacunas apropiadas para la edad, atención médica prenatal y pruebas de Papanicolaou, cuando sea apropiado) ..... | \$5  |
| Visitas a una clínica independiente (incluso a centros de salud autorizados por el gobierno federal, excepto para servicios preventivos) .....   | \$5  |
| Visitas al podiatra (médico de cuidado de los pies) (que no son rutinarias) .....  | \$5  |
| Visitas al optometrista .....  | \$5  |
| Visitas a la partera (excepto para visitas de atención médica prenatal) .....  | \$5  |
| Visitas al dentista (excepto para servicios de diagnóstico y preventivos) .....  | \$5  |
| Visitas al quiropráctico .....   | \$5  |
| Visitas a un (a) enfermero(a) practicante (excepto para servicios preventivos) .....   | \$5  |
| Medicamentos recetados genéricos .....   | \$1  |
| Medicamentos recetados de marca .....  | \$5  |

(Sujeto a cambios)

**Copagos de NJ FamilyCare D**

Nota: Los copagos se requieren sólo si se indica en su tarjeta de identificación.

|  |     |
|--|-----|
| Visitas al consultorio del médico de atención primaria/especialista durante horas normales de oficina (excepto para la atención médica del niño sano, pruebas de detección del plomo y tratamiento, vacunas apropiadas para la edad, atención médica prenatal) ..... | \$5 |
| Visitas al consultorio del médico de atención primaria/especialista fuera de horas de oficina o visitas a domicilio .....  | \$5 |
| Visitas a dentistas (excepto por servicios de diagnóstico y de atención médica preventiva) .....   | \$5 |
| Visita inicial de maternidad (al médico o partera) durante horas normales de oficina .....   | \$5 |
| Visita inicial de maternidad (al médico o partera) fuera de horas normales de oficina .....  | \$5 |
| Visita a un(a) enfermero(a) practicante (excepto para servicios preventivos) .....   | \$5 |
| Visita a un (a) enfermero(a) practicante fuera de horas normales de oficina (excepto para servicios preventivos) .....   | \$5 |
| Visitas al optometrista (excepto para los recién nacidos cubiertos bajo pago por servicio) .....   | \$5 |
| Visitas al podiatra (médico de cuidado de los pies) (que no son rutinarias) .....  | \$5 |
| Servicios de psicólogos .....  | \$5 |

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), 125  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711.

## Otros detalles del plan

---

|   |      |
|---|------|
| Servicios de laboratorio y radiografías que no sean parte de una visita al consultorio . . . . .  | \$5  |
| Servicios de la sala de emergencias (excepto si se le interna en el hospital o si su PCP lo(a) refiere a la Sala de emergencias para recibir servicios que se deberían haber brindado en el consultorio del médico) . . . . . | \$35 |
| Visitas ambulatorias al hospital (excepto para servicios preventivos) . . . . .   | \$5  |
| Medicamentos recetados . . . . .  | \$5  |
| Medicamentos recetados – suministro de más de 34 días . . . . .   | \$5  |
| Servicios de salud mental ambulatorios en el hospital . . . . .   | \$5  |
| Servicios ambulatorios de desintoxicación por uso de sustancias . . . . .   | \$5  |
| Visitas ambulatorias de rehabilitación . . . . .  | \$5  |

### No hay copagos por los siguientes servicios:

- Servicios de ambulancia en emergencias
- Todas las visitas de maternidad después de la primera visita
- Cirugía ambulatoria
- Servicios de salud en el hogar
- Servicios de cuidado paliativo
- Servicios como paciente internado en el hospital
- Servicios como paciente internado de desintoxicación por uso de sustancias
- Servicios de salud mental para pacientes internados
- Servicios dentales diagnósticos y preventivos

## Exclusiones

Los siguientes servicios no están cubiertos:

- Servicios que se consideran no ser necesarios desde el punto de vista médico
- Cirugía cosmética (incluyendo servicios dentales cosméticos), excepto cuando es necesaria desde el punto de vista médico y con aprobación previa
- Trasplantes experimentales de órganos y servicios en investigación
- Servicios de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad
- Curas de descanso, comodidad personal, artículos de conveniencia y cuidado de custodia
- Cuidado para dar descanso (excepto para ciertos miembros de MLTSS)

- Servicios que involucren el uso, la compra, el alquiler o construcción de equipo en instalaciones que no han sido aprobadas por las leyes y normas aplicables del Estado de New Jersey
- Todos los reclamos que surjan directamente de servicios brindados por instituciones o en las mismas que son propiedad del gobierno federal u operadas por el mismo, como por ejemplo los hospitales de la Administración de Veteranos (Veterans Administration)
- Servicios provistos a todas las personas sin costo. Los servicios y artículos provistos sin costo a través de los programas de otros organismos públicos o voluntarios se deben usar en la medida más completa posible.
- Los servicios o artículos brindados para cualquier enfermedad o lesión que ocurra mientras la persona cubierta esté en servicio activo en el ejército
- Servicios brindados fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Servicios o artículos proporcionados para cualquier afección o lesión accidental que surja debido al empleo o en el transcurso del mismo para las cuales los beneficios están disponibles bajo las estipulaciones de cualquier ley de compensación al trabajador, ley de beneficios de discapacidad temporal, ley de enfermedades ocupacionales, o legislación similar, ya sea que el beneficiario de FFS reclame o reciba beneficios bajo lo mismo ya sea que se obtenga o no recuperación de un tercero por los daños que resulten
- La parte de cualquier beneficio que sea cubierta o pagadera bajo cualquier póliza de seguro de salud, para accidentes, de cuidados a largo plazo o cualquier otra (incluso beneficios pagaderos bajo las leyes de seguro automovilístico sin culpa de New Jersey), cualquier otro sistema de beneficios de salud privado o gubernamental o a través de otra responsabilidad similar de terceros, que también incluya la estipulación de Fondo de Reclamo y Decisión Insatisfechos
- Todo servicio o artículo proporcionado por el que el proveedor normalmente no cobra
- Servicios voluntarios o ayuda informal proporcionada por un pariente, amigo, vecino o persona que vive en la casa del beneficiario de FFS, excepto si está provisto a través de la dirección de un participante
- Servicios cobrados para los cuales los expedientes de salud correspondientes no reflejan adecuada y legiblemente los requisitos del código de procedimiento utilizado por el generador de la cuenta
- Servicios o artículos reembolsados basándose en la presentación de un estudio de costos cuando no hay registros aceptables u otra evidencia que apoye los costos en los que se dice que se incurrió o ingreso de beneficiario disponible para compensar esos costos. En la ausencia de registros financieros, un proveedor puede corroborar los costos o el ingreso disponible mediante otra evidencia aceptable a la División.

### Si recibe una factura

Para la mayoría de los miembros, los beneficios no tendrán ningún costo. No se le debe cobrar por recibir beneficios cubiertos a menos que esté inscrito en el Plan C o D y tiene un copago. Consulte el boletín adjunto sobre la facturación del saldo para los miembros de NJ Family Care.

La Ley federal de Medicaid y Medicare prohíbe que los proveedores participantes cobren a los participantes del programa por servicios elegibles. Consulte las siguientes leyes:

- 42 C.F.R. § 447.20 — El proveedor que brinda el servicio a la persona no puede buscar compensación de la misma por ningún servicio elegible.
- 42 C. F.R. § 447.15 — Los proveedores de atención médica que participan en programas estatales de Medicaid y Medicare están de acuerdo en aceptar pagos de Medicaid y Medicare como pago completo.
- 42. U.S.C. § 1396a (a) (25) (c) — Puede que los planes estatales no permitan que los proveedores de atención médica busquen pagos por servicios elegibles de un beneficiario o los parientes del beneficiario.

Con las excepciones que se indican en este manual (como por ejemplo atención médica de emergencia, servicios de planificación familiar fuera de la red, etc.), usted debe obtener toda su atención médica de los proveedores de UnitedHealthcare a menos que tenga otro seguro médico principal como por ejemplo Medicare u otro seguro médico. Si usted ve a un proveedor fuera de nuestra red para un servicio que podría proveer un proveedor de la red (excepto en una emergencia), sin obtener primero nuestro permiso, ni UnitedHealthcare ni FFS ni NJ FamilyCare pagará por esa atención médica.

Se le puede pedir que pague por servicios que no estén cubiertos por FFS o UnitedHealthcare. No se le puede cobrar por dichos servicios a menos que usted esté de acuerdo antes de que se le brinde la atención médica. Si se le pide que pague por dicho servicio y usted no está seguro(a) si está cubierto o no, llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

Si recibe una factura médica, llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**. Se le hará algunas preguntas, así que cuando llame tenga a mano su número de miembro, la fecha del servicio, el proveedor y por qué cree que ha recibido una cuenta. UnitedHealthcare arreglará este problema por usted.

## Recursos adicionales

Puede obtener más información en los siguientes sitios web:

- Boletín de Medicaid: <https://www.njmmis.com/downloadDocuments/23-15>
- Boletín de facturación de saldo: [https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/home/Medicaid\\_TPL\\_Coverage\\_Guide.pdf](https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/home/Medicaid_TPL_Coverage_Guide.pdf)

## Otro seguro

Nos debe informar si tiene otro seguro de salud. Esto le permitirá obtener los beneficios máximos bajo cada plan. Su seguro de salud principal pagará primero. UnitedHealthcare pagará al último. Su seguro de salud principal le proveerá una explicación de beneficios (EOB, siglas en inglés). La EOB le dice exactamente cómo cubrió cada reclamación su seguro de salud principal. Usted debería recibir una EOB por cada reclamación médica.

Si está inscrito(a) en Medicare y UnitedHealthcare FFS es secundario, el reclamo secundario se debe presentar con un formulario de reclamo con la explicación de beneficios de Medicare. Su proveedor es responsable de presentar el reclamo a UnitedHealthcare.

Algunas personas en la categoría de la tercera edad, ciegas y discapacitadas (Aged, Blind and Disabled – ABD), incluso clientes de DDD, se pueden inscribir en UnitedHealthcare. Estos miembros no son responsables por el pago si el otro pagador deniega los servicios o el pago de servicios. UnitedHealthcare pagará por estos servicios según los términos de su contrato con el proveedor. Nosotros recomendamos que muestre todas sus tarjetas de seguro médico cada vez que visite un doctor, hospital, farmacia, laboratorio u otro proveedor de servicios.

Los miembros que tienen seguro automovilístico no tienen la opción de seleccionar su seguro de salud como opción para cobertura de seguro para Protección por lesión personal (Personal Injury Protection – PIP).

El Estado de New Jersey buscará y recuperará todos los beneficios pagados por servicios por UnitedHealthcare si:

- El miembro estaba cubierto por otro seguro de salud, incluso pero no limitado a, cobertura por cualquier aseguradora de seguro médico, HMO, Medicare o un plan ERISA administrado por el empleador;
- El miembro tenía seguro contra daños, incluso pero no limitado a, beneficios de seguro automovilístico sin culpa, beneficios de compensación al trabajador y cobertura para pagos médicos a través de una póliza de seguro para propietarios;

**¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), 129  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY 711.

## Otros detalles del plan

---

- El miembro tenía causas de acción judicial para daños iniciadas en nombre de un miembro de FFS contra un tercero o cuando el Estado recibe aviso que se ha conseguido asesoría por un miembro o en nombre de la misma; o
- El miembro ha fallecido, tenía 55 años de edad y tenía un patrimonio.

Para obtener más información sobre otro seguro, consulte [UHCCommunityPlan.com](http://UHCCommunityPlan.com). Consulte la sección información para los miembros. La sección de responsabilidad frente a terceros anota la dirección a una publicación del estado “When You Have Medical and Other Insurance” (“Cuando tiene seguro médico y otro seguro”). [http://nj.gov/humanservices/dmahs/home/Medicaid\\_TPL\\_Coverage\\_Guide.pdf](http://nj.gov/humanservices/dmahs/home/Medicaid_TPL_Coverage_Guide.pdf). Si tiene preguntas, puede hablar a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

### Beneficios de Medicaid que se reciben después de los 55 años

Los beneficios de Medicaid que se recibieron después de los 55 años pueden ser reembolsables al Estado de New Jersey del patrimonio del miembro. La recuperación puede incluir pagos de primas que se hicieron en nombre del miembro a la organización de atención médica administrada en la que se inscriba el miembro.

## Cómo darse de baja de UnitedHealthcare

UnitedHealthcare quiere que usted esté contento con nuestro plan de salud. Los miembros pueden abandonar UnitedHealthcare sin causa durante los primeros 90 días posteriores a la fecha de inscripción y sin ninguna causa durante el período de inscripción abierta anual del estado, desde el 1º de octubre hasta el 15 de noviembre. Si decide abandonar el plan de salud fuera de este marco de tiempo, debe tener una buena causa. Si es miembro de NJ FamilyCare A o ABP y no está satisfecho con la determinación de que no existe una causa justificada para cancelar su inscripción, puede solicitar y recibir una Audiencia imparcial del estado.

Los miembros pueden darse de baja sin causa de UnitedHealthcare durante los primeros 90 días después de la fecha de inscripción, así como también darse de baja sin causa durante el periodo abierto de inscripción anual del Estado entre el 1º de octubre y el 15 de noviembre.

Si decide retirarse de UnitedHealthcare, por favor comuníquese con el HBC. La División de Asistencia Médica y Servicios de Salud de New Jersey (New Jersey Division of Medical Assistance and Health Services – DMAHS) debe aprobar su desafiliación. Puede tomar de 30 a 45 días el procesamiento de su solicitud de desafiliación. El HCB le informará la fecha en que su nuevo plan de atención médica entrará en vigencia. UnitedHealthcare continuará brindando servicios hasta la fecha de baja de la inscripción.

130 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

Si se rehúsa regularmente a seguir las instrucciones de su médico sobre el tratamiento, a cooperar con sus médicos, a seguir nuestras reglas o comete fraude, se le puede desafiliar de UnitedHealthcare. Si esto ocurre, UnitedHealthcare le enviará una carta para explicar el proceso de desafiliación. Usted aún tiene derecho a rehusarse a cualquier tratamiento que no quiere recibir.

Si se muda fuera de New Jersey, puede ser necesario que se retire de UnitedHealthcare. Tan pronto como UnitedHealthcare conozca su nuevo domicilio, pediremos a la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud de New Jersey que lo(a) desafilie debido a que se mudó. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711** para determinar si esto le afecta.

Suscripciones o desafiliación están sujetos siempre a la verificación y aprobación de DMAHS. Para obtener más información llame al HBC al 1-800-701-0710 (TTY 1-800-701-0720).

### Renovación de su cobertura

Usted puede perder su cobertura si no renueva con el Coordinador de beneficios de salud (Health Benefits Coordinator – HBC) de FamilyCare, la Administración de Seguro Social o la agencia de servicios sociales wde su condado (CWA). Debe renovar su cobertura cada año para mantener su cobertura. Así es como debe hacerlo:

#### Miembros de Social Security Income (SSI):

- Póngase en contacto con su oficina local de la Administración de Seguro Social (SSA)

#### Miembros de NJ FamilyCare:

- El HBC, en nombre del programa NJ FamilyCare, le enviará su solicitud de renovación reimpresa directamente a su casa si es elegible a través de HBC
- La CWA enviará una solicitud de renovación a su casa si usted es elegible a través de la CWA
- Llénela y envíela a NJ FamilyCare
- Llame al HBC al 1-800-701-0710 (TTY 1-800-701-0720) si tiene preguntas o necesita ayuda

Recuerde, si no renueva con el programa NJ FamilyCare anualmente, se le retirará del programa y puede que no se le permita volver a afiliarse.

## Otros detalles del plan

---

### Miembros de NJ FamilyCare:

- Para evitar una interrupción de su cobertura, debe renovar su cobertura antes de su fecha de terminación para continuar recibiendo sus beneficios médicos. Si no lo hace podría perder su cobertura de FFS tanto como sus beneficios de UnitedHealthcare.
- Para seguir afiliado, llame a su asistente social para asegurarse de que no haya interrupción en su cobertura de salud un mes antes de su fecha de terminación. Inscripción continua significa que si no hay interrupción en su cobertura de cuidados de salud, su inscripción en su plan de salud continuará automáticamente.
- Si se muda, llame a la entidad donde aplicó y deles su nueva dirección de manera que usted reciba su solicitud de renovación en su nueva dirección
- Si es una nueva madre, no olvide inscribir a su nuevo bebé en su agencia local de servicios sociales del condado (County Welfare Agency – CWA) o NJ FamilyCare HBC

¿Qué ocurre cuando usted se demora en renovar sus beneficios de salud y lo hace después de su fecha de terminación? Perderá sus beneficios de UnitedHealthcare y FFS hasta que se comunique con la oficina de CWA o NJ Family Care HBC. Se le volverá a inscribir automáticamente en UnitedHealthcare si ha perdido su elegibilidad durante 2 meses o menos. La oficina de CWA o NJ Family Care HBC le informarán la fecha en que usted se volverá a afiliar a UnitedHealthcare. Para mantener sus beneficios sin interrupciones, renueve tan pronto como reciba el aviso de la oficina de CWA o el programa NJ FamilyCare.

## Cuándo se puede darse de baja

Si es miembro de FFS o NJ FamilyCare, se puede desafiliar de nuestro plan de salud:

1. En cualquier momento durante los primeros 90 días desde la inscripción.
2. En cualquier momento por una buena razón.
3. Durante el Periodo de inscripción abierta del estado que ocurre cada 1 de octubre hasta el 15 de noviembre.
4. Si no le proporcionamos alguno de los servicios indicados en este manual, incluso acceso físico a nuestra oficina.
5. Si nos ha presentado una reclamación/apelación y no ha recibido una respuesta dentro del periodo de tiempo especificado (consulte la página 113).
6. Si su queja/apelación se ha documentado y no se ha cumplido con satisfacción.
7. Si existe una situación de exención en nuestro plan y otra HMO puede acomodar sus necesidades.
8. Si tiene acceso considerablemente más conveniente a un PCP que participa en otro plan de salud.

132 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

### 9. Atención médica de mala calidad.

El Estado tendrá un Periodo de inscripción abierta cada 1 de octubre – 15 de noviembre. Si elige un nuevo plan de salud durante el Periodo de inscripción abierta, la fecha de entrada en vigencia será el 1 de enero y seguirá durante todo el año del calendario.

## Tratamiento de menores de edad

Si usted es menor de 19 años de edad, usted tiene derecho a aprobar su propia atención médica en algunas situaciones (por ejemplo, si está embarazada). Además puede revisar la información que ayuda a su médico a tomar decisiones. Usted tiene derecho a pedir y recibir una copia de las directrices clínicas que se usan para tomar decisiones sobre su salud. Estos derechos también se aplican a ciertos menores con discapacidades.

Si tiene una emergencia y necesita atención inmediata para conservar la vida y extremidades, usted recibirá esa atención médica sin importar si tenemos su consentimiento. A los menores de edad se les informa de sus derechos como parte del proceso de reclamaciones. Si tiene preguntas sobre sus derechos, llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

## Términos que debe recordar

Éstas son algunas definiciones de los términos que usamos en este manual para miembros.

**ABD (De la tercera edad, ciegos y discapacitados)** — Los miembros de la categoría de elegibilidad de Medicaid de la Tercera edad, ciegos y discapacitados son elegibles para inscripción en el programa de atención médica administrada.

**Abuso** — Prácticas del proveedor que son incoherentes con prácticas fiscales, comerciales o médicas sólidas y resultan en un costo innecesario para el programa NJ FamilyCare o en reembolso por servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico o no satisfacen estándares de atención médica reconocidos profesionalmente. Además incluye prácticas de los miembros que resultan en costo innecesario para el programa NJ FamilyCare.

**Affordable Care Act (ACA)** — Los Estatutos de Reforma Federales de Salud, formalizados como ley en marzo de 2010, también conocidos como Acta de Protección al Paciente y Cuidados de Bajo Costo.

## Otros detalles del plan

---

**Plan Alternativo de Beneficios (ABP)** — Paquete de beneficios para los individuos del nuevo grupo de adultos (Expansión de NJ FamilyCare) bajo el Acta de Cuidados de bajo Costo (ACA).

**Apelación** — Una solicitud de un miembro o proveedor para la revisión de una acción.

**Cita** — Una reunión programada con un médico.

**Persona Autorizada o Representante Autorizado** — En general, esto significa que una persona autorizada puede hacer las determinaciones médicas para el suscriptor, incluyendo pero no estando limitado a decisiones acerca de la suscripción o des-inscripción y en la opción para PCP.

**Examen de referencia** — Un examen físico completo que se realiza tan pronto como se afilia al plan de salud. Cuando su PCP le hace un examen físico, él o ella le hará preguntas sobre su historial de salud.

**Queja** — Vea reclamación.

**Incidentes Críticos** — Un evento el cual está relacionado a los cuidados, la supervisión, o las acciones de un suscriptor que son adversas en naturaleza o que tiene el potencial de tener un efecto adverso en la salud, seguridad y bien estar del suscriptor o de otros. Esos eventos críticos también incluyen situaciones que ocurran con el personal o individuos o que afecten las operaciones de los centros/instituciones o escuelas.

**División de Discapacidades del Desarrollo (DDD)** — División de Discapacidades del Desarrollo (DDD)/Referencia de MLTSS – Cualquier miembro de Medicaid o miembro potencial de Medicaid que tenga una ID/DD/o una condición relacionada y que esté interesado en el Programa de Apoyo y Servicios Administrados a Largo Plazo debe ser evaluado por la División de Discapacidades del Desarrollo para el programa estatal apropiado. A través de esta pantalla, se asesorará al miembro/miembro potencial y se le dará la oportunidad de elegir el programa más apropiado.

**DDD** — División de Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities). Sus clientes se pueden inscribir en el programa de atención médica administrada.

**DDD/CCW** — Exención de Cuidado Comunitario de la División de Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities Community Care Waiver). Sus clientes se pueden inscribir en el programa de atención médica administrada.

**Desafiliación** — Cuando usted se retira de UnitedHealthcare. Para desafiliarse, tiene que llamar a la Agencia de Servicios Sociales de su Condado, el Centro de Asistencia Médica para el Cliente o el Coordinador de beneficios de salud.

134 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

**División de Servicios para Discapacitados (DDS)** — Dentro del Departamento de Servicios Humanos, la División de Servicios para Discapacitados (DDS) sirve como un único punto de entrada para que las personas con discapacidades y sus familias obtengan recursos y asistencia para conectarse a los apoyos disponibles. Además de proporcionar información integral y servicios de referencia, el DDS administra el Fondo de Lesiones Cerebrales Traumáticas (Fondo TBI) y el Programa de Servicios de Asistencia Personal (PASP) inicia la inscripción de MLTSS para niños de 20 años o menos, promueve y brinda asistencia técnica para NJ ABLE y NJ WorkAbility y busca promover iniciativas de salud y bienestar para discapacitados. Como agencia estatal líder en discapacidades, la División tiene como objetivo garantizar que las necesidades de las personas con discapacidades y representadas en las políticas, la planificación y la toma de decisiones, a medida que promovemos un mayor acceso, equidad e inclusión en todas las áreas de la vida: salud, educación, empleo, recreación y compromiso social.

**Doula** — Las doulas trabajan en una variedad de entornos y han sido capacitadas para brindar apoyo físico, emocional e informativo a la madre antes, durante e inmediatamente después del nacimiento y/o brindar apoyo emocional y práctico a la madre durante el período posparto. Una doula no reemplaza a un médico o partera y no puede dar a luz a un bebé.

**Emergencia** — Un problema de salud para el que una persona promedio con entendimiento básico de medicina y salud sería razonable que esperara que no tomar acción médica inmediata podría resultar en (1) poner la salud de la persona (con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su niño que no ha nacido) que padece dicha condición en peligro grave, o en el caso de una condición del comportamiento, poner la salud de dicha persona u otros en peligro grave; o (2) lesión grave de las funciones corporales; o (3) disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o (4) desfiguramiento grave o (5) posible muerte.

**Inscripción** — Afiliación a UnitedHealthcare.

**Planificación familiar** — El beneficio de planificación familiar brinda cobertura para servicios y suministros para prevenir o retrasar el embarazo y puede incluir: educación y asesoramiento sobre el método anticonceptivo deseado o actualmente en uso por la persona, o una visita médica para cambiar el método anticonceptivo. También contiene, pero no se limita a, esterilizaciones, definidas como cualquier procedimiento médico, tratamiento u operación para el propósito de hacer que un individuo sea permanentemente incapaz de reproducirse. Abortos (y servicios relacionados) y los servicios de tratamiento de la infertilidad están excluidos.

**Proveedor de medicina familiar** — Un médico capacitado para ocuparse de niños y adultos.

**Nivel federal de pobreza** — Umbrales de ingreso determinados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (US Department of Health and Human Services); usado como medida para determinar si una persona o familia es elegible para asistencia mediante diversos programas federales; por ejemplo NJ FamilyCare.

**¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), 135  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

## Otros detalles del plan

---

**Fraude** — Engaño o falseo intencional de los hechos que haga una persona con conocimiento de que el engaño podría resultar en beneficios no autorizados para él/ella o alguna otra persona. Incluye todo acto que constituya fraude bajo la ley federal o estatal aplicable.

**Reclamación** — Una reclamación es una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto, queja o protesta de un miembro en cuanto a la conducta de UnitedHealthcare Community Plan o de cualquier proveedor dentro de la red. También podría ser una falla por parte de UnitedHealthcare Community Plan o por parte de cualquier proveedor dentro de la red en nombre de nuestros miembros, o cualquier otro asunto en el que un miembro se sienta injustamente tratado por UnitedHealthcare Community Plan verbalmente o por escrito.

**Servicios de base en el Hogar o en la Comunidad (HCBS)** — Son servicios que están por encima de los límites del plan del estado y que son provistos por sitios institucionales alternativos a largo plazo en lugares como casa de reposo con servicios de enfermería. HCBS incluye asistencia en los cuidados de salud personales y cuidados médicos durante el día, cuando estos se encuentran por arriba de los límites establecidos por el nuevo Plan de Salud del Estado de New Jersey. HCBS se provee a individuos que llenan los requerimientos de elegibilidad de MLTSS y que residen en la comunidad o en ciertas comunidades residenciales alternas.

**Inmunizaciones** — Vacunas para adultos, niños, adolescentes, lactantes y bebés durante los dos primeros años que protegen de determinadas enfermedades.

**Internista** — Un médico que está capacitado para proveer servicios preventivos básicos, exámenes completos y para administrar vacunas para adultos.

**Servicios de lactancia** — Un proceso que brinda apoyo a las mujeres que desean amamantar mediante asesoramiento, clases de lactancia, extractores de leche y suministros y la provisión de materiales educativos sobre lactancia para ayudar a reforzar una rutina de lactancia saludable y exitosa.

**Atención administrada** — Un enfoque integral para la provisión de atención médica que combina servicios clínicos preventivos, restaurativos y de emergencia y procedimientos administrativos dentro de un sistema integrado y coordinado para brindar acceso oportuno a la atención primaria y otros servicios de atención médica necesarios desde el punto de vista médico de un costo neutral.

**Administración de Servicios y Apoyo a Largo Plazo (MLTSS)** — Un programa que aplica únicamente a las personas que cumplen los requisitos de elegibilidad MLTSS y abarca el paquete de beneficios de NJ FamilyCare A, NJ FamilyCare ABP (excluyendo el beneficio de ABP para salud mental/uso de sustancias), Servicios basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) y institucionalización para atención a largo plazo en un centro de enfermería o centro especial de cuidados de enfermería.

136 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

**Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS) Nivel de atención pediátrica** — Un niño (desde el nacimiento hasta los 20 años) debe ser clínicamente elegible para los servicios de MLTSS cuando: El niño presenta limitaciones funcionales, identificadas en términos de retraso en el desarrollo o limitaciones funcionales en actividades específicas de la vida diaria apropiadas a su edad que requieren atención de enfermería más allá de la rutina de los padres y cumple con los criterios de atención de enfermería como se describe en la Exención integral 1115c STC 32.

**Medicaid y otros seguros** — Consulte las páginas 6–8 y 14–15 en la guía de *Cuando tiene Medicaid y otros seguros*. [http://www.nj.gov/humanservices/dmahs/home/Medicaid\\_TPL\\_Coverage\\_Guide.pdf](http://www.nj.gov/humanservices/dmahs/home/Medicaid_TPL_Coverage_Guide.pdf)

**Cuidados Médicos Diurnos (Servicios de salud para adultos durante el día)** — Es un programa que provee servicios preventivos, de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación bajo supervisión de médicos y enfermeras en un entorno ambulatorio de cuidados, con el cual se llenan los requerimientos para las necesidades individuales para los individuos que padecen discapacidades físicas o de los procesos mentales con el propósito de brindar ayuda para la convivencia dentro de sus comunidades.

**Atención médica necesaria desde el punto de vista médico** — Servicios o materiales necesarios para prevenir o diagnosticar y curar condiciones que causarían sufrimiento, pondrían en peligro la vida de una persona, causarían enfermedad o limitarían las actividades normales de una persona.

**Miembro** — Una persona que está inscrita en UnitedHealthcare.

**Tarjeta de identificación del miembro** — Una tarjeta expedida por UnitedHealthcare que dice que usted es miembro. La tarjeta de identificación tiene su número de identificación del miembro y le dice cómo llamarnos. Los proveedores y las farmacias (de ser necesario) pedirán esta tarjeta. Lleve consigo su tarjeta de identificación del miembro y su tarjeta de identificación de Beneficios de salud (Health Benefits ID) (HBID) en todo momento.

**Servicios para Miembros** — El número telefónico sin cargo de UnitedHealthcare al que puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana cuando tiene preguntas o problemas con su seguro de salud. El número es **1-800-941-4647**, TTY **711** para inglés y traducciones.

**Proveedor que no participa (no-par)** — Un proveedor que no está contratado para formar parte de la red de UnitedHealthcare. Si consulta a un proveedor no-par sin una referencia o autorización médica, usted será responsable de pagar por la cuenta. Esto también se conoce como proveedor fuera de la red.

**Personal de Enfermería practicante** — Personal de enfermería profesional titulado que trabaja bajo la dirección de un médico para dar atención médica preventiva básica e inmunizaciones para niños y adultos.

## Otros detalles del plan

---

**Evaluación de riesgos del participante** — El sistema de evaluación de NJ Choice se utiliza para identificar los factores de riesgo de un miembro para todos los miembros activos y potenciales de MLTSS que se encuentran en la comunidad o buscan una ubicación. Además del sistema de evaluación de NJ Choice, el Contratista deberá evaluar el riesgo potencial en relación con los siguientes elementos de riesgo en un entorno comunitario: entorno del hogar; salud y bienestar físicos; salud del comportamiento; seguridad personal; planificación de emergencias; apoyo del cuidador; psicosocial; recursos financieros.

**Proveedor participante** — Un proveedor que es parte de la red de proveedores de UnitedHealthcare. Esto también se conoce como proveedor dentro de la red.

**Pediatra** — Un médico capacitado para atender a bebés y niños menores de 21 años de edad.

**Servicios de apoyo de recuperación entre pares (PRSS)** — Los trabajadores de PRSS son personas que han tenido éxito en el proceso de recuperación y que ayudan a otros que están pasando por situaciones similares. A través de la comprensión compartida, el respeto y el empoderamiento mutuo, los trabajadores de apoyo de pares ayudan a las personas a participar y mantenerse involucradas en el proceso de recuperación, reduciendo así la probabilidad de una recaída.

**Atención médica de postestabilización** — Atención médica para mantener o mejorar su salud una vez que se estabilice una emergencia.

**Atención médica prenatal** — La atención médica que recibe una mujer antes del nacimiento de su bebé.

**Atención médica preventiva** — Atención médica que previene las enfermedades graves (por ejemplo, los controles regulares, las vacunas, la atención médica del niño sano y la mujer sana, las evaluaciones dentales y las pruebas de detección de plomo).

**Dentista de atención primaria (PCD)** — Un PCD puede ser un dentista general, un dentista infantil (pedodontista) o un dentista con licencia pediátrica que es el proveedor de atención médica responsable de supervisar y coordinar la atención inicial y primaria a los pacientes, iniciar las referencias para atención especializada y mantener la continuidad de la atención al paciente.

**Proveedor de atención primaria (PCP, siglas en inglés)** — Un médico (MD) autorizado o médico de osteopatía (DO) o ciertos otros profesionales médicos autorizados que le dan atención médica, coordinan su atención médica especializada y mantienen sus expedientes médicos. Su PCP también será un proveedor participante.

**Autorización previa** — Una solicitud de su médico a UnitedHealthcare para que le permita ver a un médico, hospital no participante u otros servicios antes de que usted reciba esos servicios.

138 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

**Proveedor** — Un médico, hospital, grupo de médicos, residencia de ancianos o convalecientes, farmacia o cualquier persona o grupo de personas que ofrece un servicio de atención médica.

**Directorio de proveedores** — Lista de proveedores que forman parte de la red de UnitedHealthcare.

**Referencia** — Aprobación de un PCP para ver a un especialista participante. El PCP le puede dar una referencia a un especialista e incluso podría ayudarle a hacer su primera cita con el especialista.

**Screen for Community Services (Evaluación para servicios comunitarios – SCS)** — Es una herramienta de detección obligatoria del estado de New Jersey que tiene un algoritmo basado en preguntas sobre el nivel de atención, puntúa un resultado de puntaje de nivel de servicio que identifica a las personas que más necesitan los servicios de MLTSS. La evaluación es necesaria para todas las personas que soliciten MLTSS.

**Centro de cuidados especiales de enfermería (Special Care Nursing Facility – SCNF)** — Un centro de cuidados especiales de enfermería o una unidad SCNF separada y distinta dentro de un centro de enfermería convencional certificado por Medicaid que ha sido aprobado por el estado para brindar atención a los beneficiarios de Medicaid/NJ FamilyCare que se ha determinado que requieren cuidados intensivos de un centro de enfermería más allá del alcance de un centro de enfermería convencional.

**Especialista** — Un médico que está capacitado en un tipo especial de medicina odontología, o atención médica. El PCP le dará una referencia a un especialista cuando sea necesario.

**UnitedHealthcare Dual Complete** — El programa administrado de Necesidades especiales de Medicare para personas que tienen tanto Medicaid como las Partes A y B de Medicare.

**Atención médica de urgencia** — Tratamiento dentro de un plazo de 24 horas para un problema que es grave pero que no pone la vida en peligro.

**Desperdicio** — Uso excesivo de servicios u otras prácticas que dan lugar a costos innecesarios. El desperdicio generalmente no es causado por acciones criminales negligentes, pero sí por el uso inapropiado de recursos.

# Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2019.

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

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

### Cómo usamos o compartimos su información

Debemos usar y divulgar su información médica con:

- Usted o su representante legal
- Agencias gubernamentales

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

- **Para recibir un pago.** Podemos usar o compartir su información médica para procesar pagos de primas y reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para tratamiento o administración de la atención.** Podemos compartir su información médica con sus proveedores para ayudar con su atención.

- **Para operaciones de atención médica.** Podemos recomendar un programa de bienestar o manejo de enfermedades. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para proveerle información acerca de programas o productos relacionados con la salud.** Podemos proveerle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios alternativos. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Podemos proporcionar información acerca de afiliaciones, desafiliaciones y un resumen de su información médica a su empleador. Podemos proporcionarle otra información médica si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para propósitos de suscripción.** Podemos usar su información médica para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos usar su información médica para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios de salud.

### **Podríamos usar o compartir su información de salud de la siguiente forma:**

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas relacionadas con su atención.** Puede ser un miembro de la familia en una emergencia. Esto puede suceder si usted no puede aceptar o presentar oposición. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información médica como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para actividades de salud pública.** Esto puede realizarse para prevenir brotes de enfermedades.
- **Para reportar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información médica. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia autorizada por ley a recibir esta información de médica. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para hacer cumplir la ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una emergencia o un desastre natural.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para indemnización de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar enfermedades o incapacidades.

## Otros detalles del plan

---

- **Para proporcionar información acerca de defunciones.** Puede ser para el médico forense o el inspector médico. Para identificar a un difunto, determinar la causa de muerte, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información médica a los directivos de las funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionar atención médica; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para nuestros socios comerciales** en caso de que sea necesario para que le proporcionen sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información médica. No se les permite usar la información médica, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información médica que se enumera a continuación. Nosotros cumpliremos con las leyes más estrictas que se apliquen.
  1. Alcohol y abuso de sustancias
  2. Información biométrica
  3. Abuso o negligencia de niños o adultos, incluida la agresión sexual
  4. Enfermedades transmisibles
  5. Información genética
  6. VIH/SIDA
  7. Salud mental
  8. Información de menores
  9. Recetas
  10. Salud reproductiva
  11. Enfermedades de transmisión sexual

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

### Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Pedir comunicaciones de información confidencial** de una forma diferente o a un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla de correo (P.O. Box), en lugar de a su casa. Aceptaremos su solicitud si la divulgación de la información podría ponerlo en peligro. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerlo por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo.
- **Ver u obtener una copia** de cierta información médica. Deberá hacer la solicitud por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. Puede pedir que se envíe su registro a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si cree que la información médica sobre usted es errónea o está incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá hacer la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que se solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información médica.
- **Recibir un resumen** de la divulgación de su información médica durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá las divulgaciones de información médica realizadas por los siguientes motivos: (i) Para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (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 podría obtener una copia en nuestro sitio web ([www.uhccommunityplan.com](http://www.uhccommunityplan.com)).

## Otros detalles del plan

---

### Cómo usar sus derechos

- Para comunicarse con su plan de salud. Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación. También puede comunicarse con el Centro de atención de llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY **711**.
- Para presentar una solicitud por escrito. Enviela por correo a la siguiente dirección:  
UnitedHealthcare Privacy Office  
MN017-E300  
P.O. Box 1459  
Minneapolis, MN 55440
- Para presentar una reclamación. Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una reclamación a la dirección mencionada anteriormente.

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

<sup>1</sup> Este Aviso sobre prácticas de privacidad de información médica se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Inc.; Symphonix Health Insurance, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, vaya a: [www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es](http://www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es) o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

144 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

## **Aviso de privacidad de la información financiera**

**EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.**

Vigente a partir del 1.º de enero de 2019.

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

### **Información que recopilamos**

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

### **Divulgación de la información financiera**

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

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

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

### **Confidencialidad y seguridad**

Limitamos el acceso a su información financiera a empleados y proveedores de servicios. Mantenemos salvaguardas para proteger su información financiera.

## Otros detalles del plan

---

### Preguntas sobre este aviso

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

<sup>2</sup> Para los propósitos de este Aviso de privacidad de la información financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie de la página 1, desde la última página de Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: AmeriChoice Health Services, Inc.; CNIC Health Solutions, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; HealthAllies, Inc.; Lifestrip East, Inc.; Lifestrip Health, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Care Solutions, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the Mid-Atlantic, Inc.; OrthoNet West, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO of Florida, Ltd.; POMCO West, Inc.; POMCO, Inc.; Spectera, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Services LLC; y UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc. Este Aviso de privacidad de la información financiera solo tiene vigencia donde se requiere por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros médicos en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Esta lista de planes de salud se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, vaya a: [www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es](http://www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es) o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.



UnitedHealthcare Community Plan no da un tratamiento diferente a sus miembros en base a su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional.

Si usted piensa que ha sido tratado injustamente por razones como su sexo, edad, raza, color, discapacidad o origen nacional, puede enviar una queja a:

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

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

Usted tiene que enviar la queja dentro de los 60 días de la fecha cuando se enteró de ella. Se le enviará la decisión en un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días para solicitar que la consideremos de nuevo.

Si usted necesita ayuda con su queja, por favor llame al número de teléfono gratuito para miembros que aparece en su tarjeta de identificación del plan de salud, TTY **711**, 24 horas al día, 7 días a la semana.

Usted también puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**Internet:**

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

Formas para las quejas se encuentran disponibles en:

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

**Teléfono:**

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

**Correo:**

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

Si necesita ayuda para presentar su queja, por favor llame al número gratuito para miembros anotado en su tarjeta de identificación como miembro.

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, tales como, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame al número de teléfono gratuito para miembros que aparece en su tarjeta de identificación del plan de salud, TTY **711**, 24 horas al día, 7 días a la semana.

CSNJ20MC4909504\_000

**¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), 147  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

[Tabla de contenido](#)

If the enclosed information is not in your primary language, please call UnitedHealthcare Community Plan at 1-800-941-4647, TTY 711

Yog cov ntaub ntauv muab tuaj hauv no tsis yog sau ua koj hom lus, thov hu rau UnitedHealthcare Community Plan ntawm 1-800-941-4647, TTY 711.

Afai o fa'amatalaga ua tuuina atu e le'o tusia i lau gagana masani, faamolemole fa'afesoota'i mail e vaega a le UnitedHealthcare Community Plan ile telefoni 1-800-941-4647, TTY 711.

Если прилагаемая информация представлена не на Вашем родном языке, позвоните представителю UnitedHealthcare Community Plan по тел. 1-800-941-4647, телетайп 711.

Якщо інформація, що додається, подана не на Вашій рідній мові, зателефонуйте до UnitedHealthcare Community Plan 1-800-941-4647 для осіб з порушеннями слуху 711.

동봉한 안내 자료가 귀하의 모국어로 준비되어 있지 않으면 1-800-941-4647, TTY 711 로 UnitedHealthcare Community Plan 에 전화하십시오.

Dacă informațiile alăturate nu sunt în limba dumneavoastră principală, vă rugăm să sunați la UnitedHealthcare Community Plan, la numărul 1-800-941-4647 TTY 711.

ተያይዞ ያለው መረጃ በቋንቋዎ ካልሆነ እባክዎን በሚከተለው ስልክ ቁጥር ወደ UnitedHealthcare Community Plan ይደውሉ። 1-800-941-4647። መስማት ለተሳናቸው TTY 711።

ተተሓሕዙ ዘሎ ሓበሬታ ብቋንቋኹም ተዘይኮይኑ፤ ብኸብረትኩም በዚ ዝስዕብ ቁጽሪ ስልኪ ናብ UnitedHealthcare Community Plan ደውሉ፡- 1-800-941-4647 ምስማዕ ንተጸገሙ/TTY 711።

Si la información adjunta no esta en su lengua maternal, llame a Unitedhealthcare Community Plan al 1-800-941-4647, TTY 711.

ຖ້າຂໍ້ມູນທີ່ຄັດມານີ້ບໍ່ແມ່ນພາສາຕົ້ນຕໍຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ UnitedHealthcare Community Plan ທີ່ເບີ 1-800-941-4647, TTY 711.

Nếu ngôn ngữ trong thông tin đính kèm này không phải là ngôn ngữ chánh của quý vị, xin gọi cho UnitedHealthcare Community Plan theo số 1-800-941-4647, TTY 711.

若隨附資訊的語言不屬於您主要使用語言，請致電 UnitedHealthcare Community Plan，電話號碼為 1-800-941-4647 聽障專線 TTY 711。

ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលភ្ជាប់មកនេះមិនមែនជាភាសាដើមរបស់អ្នកទេ សូមទូរស័ព្ទមកកាន់ UnitedHealthcare Community Plan លេខ 1-800-941-4647, សម្រាប់អ្នកឆ្លង់ TTY 711។

Kung ang nakalip na impomasyon ay wala sa iyong panguhanig wika, mangyaring tumawaga sa UnitedHealthcare Community Plan sa 1-800-941-4647 (TTY: 711).

در صورت اینکه اطلاعات پیوست به زبان اولیه شما نمیباشد، لطفا با United Healthcare Community Plan با شماره 1-800-941-4647 تماس حاصل نمایید وسیله ارتباطی برای نا شنوایان- TTY 711.

148 ¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.



# Estamos aquí para usted

---

Recuerde, siempre estaremos listos para responder a cualquier pregunta que tenga. Solo necesita llamar a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**, 24 horas al día, 7 días de la semana. Usted también puede visitarnos en internet en la dirección: [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan).

UnitedHealthcare Community Plan  
P.O. Box 2040  
Edison, NJ 08818-2040

[myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan)

**1-800-941-4647**, TTY **711**

United  
Healthcare  
Community Plan

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), 149  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-941-4647**, TTY **711**.

[Tabla de contenido](#)

