

Manual del Miembro **para Familias y Niños**

Esto también se conoce como el
Programa de Asistencia Médica Prepagada (PMAP)

1 de enero de 2023

Este folleto contiene información importante sobre sus servicios de atención médica.

Servicio de Atención al Cliente:

De lunes a viernes de 8 am a 5 pm

612-676-3200 o al 1-800-203-7225 (esta llamada es gratuita)

O llame a nuestro número TTY:

612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita)

UCare

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

ucare.org



Toll free 1-800-203-7225, TTY 1-800-688-2534

Attention. If you need free help interpreting this document, call the above number.

ያስተውሉ፡ ካለምንም ክፍያ ይህንን ደኩመንት የሚተረጉምሎ አስተርጓሚ ከፈለጉ ከላይ ወደተጻፈው የስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ملاحظة: إذا أردت مساعدة مجانية لترجمة هذه الوثيقة، اتصل على الرقم أعلاه.

သတိ။ ဤတွဲရက်စာတမ်းအားအခမဲ့ဘာသာပြန်ပေးခြင်း အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ အထက်ပါဖုန်းနံပါတ်ကိုခေါ်ဆိုပါ။

កំណត់សំគាល់ ។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទតាមលេខខាងលើ ។

請注意，如果您需要免費協助傳譯這份文件，請撥打上面的電話號碼。

Attention. Si vous avez besoin d'une aide gratuite pour interpréter le présent document, veuillez appeler au numéro ci-dessus.

Thov ua twb zoo nyeem. Yog hais tias koj xav tau kev pab txhais lus rau tsab ntaub ntawv no pub dawb, ces hu rau tus najnpawb xov tooj saum toj no.

ဟ်သုန်ဟ်သးဘၣ်တက့ၢ်. ဝဲနမ့ၢ်လိၣ်ဘၣ်တၢ်မၤစၤကလိလၢတၢ်ကကျိးထံဝဲဒၣ်လံာ် တီလံာ်မိတခါအံၤန့ၣ်,ကိးဘၣ်လီတဲစိနီၣ်ဂံၢ်လၢထးအံၤန့ၣ်တက့ၢ်.

알려드립니다. 이 문서에 대한 이해를 돕기 위해 무료로 제공되는 도움을 받으시려면 위의 전화번호로 연락하십시오.

ໂປຣດຊາບ. ຖ້າທ່ານ ທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ພຣີ, ຈົ່ງໂທໄປທີ່ໝາຍເລກຂ້າງເທິງນີ້.

Hubachiisa. Dokumentiin kun tola akka siif hiikamu gargaarsa hoo feete, lakkoobsa gubbatti kenname bilbili.

Внимание: если вам нужна бесплатная помощь в устном переводе данного документа, позвоните по указанному выше телефону.

Digniin. Haddii aad u baahantahay caawimaad lacag-la'aan ah ee tarjumaadda (afcelinta) qoraalkan, lambarka kore wac.

Atención. Si desea recibir asistencia gratuita para interpretar este documento, llame al número indicado arriba.

Chú ý. Nếu quý vị cần được giúp đỡ dịch tài liệu này miễn phí, xin gọi số bên trên.

Aviso de derechos civiles

La discriminación es ilegal. UCare no discrimina por ninguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- origen nacional
- credo
- religión
- orientación sexual
- estado de asistencia pública
- edad
- discapacidad (incluyendo discapacidad física o mental)
- sexo (incluidos estereotipos de sexo e identidad de género)
- estado civil
- creencias políticas
- condición médica
- estado de salud
- recepción de servicios de atención médica
- experiencia de reclamos
- antecedentes médicos
- información genética

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que fue tratado de forma discriminatoria por parte de UCare. Puede presentar una queja y pedir ayuda para presentar una queja en persona o por correo, teléfono, fax o correo electrónico a:

UCare

Attn: Appeals and Grievances

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Línea gratuita: 1-800-203-7225

TTY: 1-800-688-2534

Fax: 612-884-2021

Correo electrónico: cag@ucare.org

Servicios y ayudas auxiliares: UCare proporciona ayudas y servicios auxiliares, como intérpretes calificados e información en formatos accesibles, sin costo y de forma oportuna, para asegurar igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de atención médica. **Comuníquese con UCare** al 612-676-3200 (voz) o 1-800-203-7225 (voz), 612-676-6810 (TTY), o 1-800-688-2534 (TTY).

Servicios de asistencia de idiomas: UCare ofrece documentos traducidos de interpretación hablada, sin costo y de forma oportuna, cuando los servicios de asistencia de idiomas son necesarios para garantizar que personas con conocimientos limitados del inglés tengan acceso a nuestra información y servicios. **Comuníquese con UCare** al 612-676-3200 (voz) o 1-800-203-7225 (voz), 612-676-6810 (TTY), o al 1-800-688-2534 (TTY).

Quejas de derechos civiles

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que fue tratado de forma discriminatoria por parte de UCare. También puede comunicarse a cualquiera de las siguientes agencias directamente para presentar una queja por discriminación.

Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Usted tiene derecho a presentar una queja a la OCR, una agencia federal, si cree que ha sido discriminado por alguno de los siguientes:

- raza
- color
- nacionalidad
- edad
- discapacidad
- sexo
- religión (en algunos casos)

Comuníquese a la OCR directamente para presentar una queja:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Midwest Region
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
Centro de Respuesta al Cliente: Línea gratuita: 800-368-1019
Línea gratuita de TDD 800-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR)

En Minnesota, usted tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Rights, MDHR) si ha sido discriminado por:

- raza
- color
- nacionalidad
- religión
- credo
- sexo
- orientación sexual
- estado civil
- estado de asistencia pública
- discapacidad

Comuníquese con el **MDHR** directamente para presentar una queja:

Minnesota Department of Human Rights
540 Fairview Avenue North, Suite 201 St. Paul, MN 55104
651-539-1100 (voz)
800-657-3704 (línea gratuita)
711 o 800-627-3529 (Retransmisión de MN)
651-296-9042 (fax)
Info.MDHR@state.mn.us (correo electrónico)

Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS)

Usted tiene derecho a presentar una queja al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Services, DHS) si cree que ha sido discriminado en nuestros programas de atención médica por alguno de los siguientes:

- raza
- color
- nacionalidad
- religión (en algunos casos)
- edad
- discapacidad (incluyendo deficiencias físicas o mentales)
- sexo (incluidos estereotipos de sexo e identidad de género)

Las quejas se deben presentar por escrito en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que descubra la supuesta discriminación. La queja debe incluir su nombre y dirección y describir la discriminación por la que presenta la queja. La revisaremos y le avisaremos por escrito si tenemos autoridad para investigar. Si la tenemos, investigaremos su queja.

El DHS le avisará por escrito el resultado de la investigación. Usted tiene derecho a apelar si no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que el DHS revise el resultado de la investigación. Sea conciso y establezca por qué no está de acuerdo con la decisión. Incluya información adicional si cree que es importante.

Si presenta una queja de esta forma, las personas que trabajan para la agencia mencionada en la queja no tomarán represalias contra usted. Esto significa que no pueden castigarlo de forma alguna por presentar una queja. Presentar una queja de esta forma no le impide buscar otras acciones legales o administrativas.

Comuníquese al **DHS** directamente para presentar una queja por discriminación:

Civil Rights Coordinator
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (voz) o use su servicio de retransmisión preferido

Los indios americanos pueden continuar o empezar a utilizar clínicas tribales y de Indian Health Service (IHS). No le pediremos una aprobación previa ni le impondremos ninguna condición para que reciba servicios en estas clínicas. Para los miembros que tienen 65 años de edad y mayores esto incluye servicios del programa Elderly Waiver (EW) a los que pueden tener acceso por medio de la tribu. Si un médico u otro proveedor de una clínica tribal o de IHS lo deriva a un proveedor de nuestra red, no le exigiremos que consulte a su proveedor de atención primaria antes de la derivación.

Índice

Sección 1. Números de teléfono e información de contacto	11
Le brinda información de contacto de nuestro plan y otras organizaciones que pueden ayudarle.	
Sección 2. Información importante sobre cómo obtener la atención que necesita.....	18
Le informa cosas importantes que necesita saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.	
Transición de la atención	18
Autorizaciones previas	19
Servicios cubiertos y no cubiertos	20
Costo compartido	21
Pagos a proveedores.....	21
Conciencia cultural.....	21
Servicios de intérprete	21
Otros seguros de salud.....	21
Información privada.....	22
Programa de beneficiarios restringidos.....	22
Cancelación	23
Sección 3. Declaración de derechos de los miembros.....	23
Le informa sobre sus derechos como miembro de nuestro plan.	
Sección 4. Responsabilidades de los miembros.....	24
Le informa sobre sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.	
Sección 5. Su tarjeta de identificación del miembro (ID) del plan de salud	25
Le informa sobre su tarjeta de identificación de miembro del plan de salud, que debe mostrar cada vez que reciba servicios de atención médica.	

Índice

Sección 6. Costo compartido	26
Le informa sobre los montos (copagos) que puede tener que pagar por algunos servicios.	
Sección 7. Servicios cubiertos.....	29
Le indica qué servicios de atención médica están cubiertos y no cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. También le informa sobre restricciones y/o limitaciones en los servicios cubiertos.	
Sección 8. Servicios que no cubrimos.....	60
Le informa sobre algunos servicios de atención médica adicionales que no están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan.	
Sección 9. Servicios que el plan no cubre, pero pueden estar cubiertos a través de otra fuente	61
Le informa sobre algunos servicios de atención médica que no están cubiertos por el plan, pero que pueden estar cubiertos de alguna otra manera.	
Sección 10. Cuándo llamar al trabajador de su condado.....	62
Le indica qué tipo de información debe compartir con el trabajador de su condado.	
Sección 11. Cómo usar la cobertura del Plan con otro seguro.....	62
Le indica cómo obtener servicios de atención médica si tiene algún otro tipo de seguro además del plan.	
Sección 12. Subrogación u otros reclamos	63
Informa sobre nuestro derecho a cobrar el pago de un tercero si son responsables de pagar sus servicios de atención médica.	

Índice

Sección 13. Proceso de quejas, apelaciones y apelaciones estatales (audiencia imparcial con estatal).....	64
Le informa sobre su derecho a quejarse sobre la calidad de la atención o el servicio que usted obtiene, cómo apelar una decisión que tomamos y cómo solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial con el estado).	
Sección 14. Definiciones.....	69
Le da algunas definiciones de palabras que le ayudarán a entender mejor su atención médica y cobertura.	
Sección 15. Información adicional	76
Le informa sobre:	
Programas educativos de salud y bienestar	76
Visitas virtuales o eVisits	77
Manejo de enfermedades.....	77
Preguntas y respuestas sobre las directivas de atención médica.....	78
Cómo UCare evalúa las nuevas tecnologías.....	81
Autorización y notificación	81

Bienvenido a UCare

Nos complace darle la bienvenida como miembro del Programa de Asistencia Médica Prepagada (PMAP) de UCare (denominado “Plan” o “el Plan”).

UCare (denominado “nosotros”, “nos” o “nuestro”) es parte del programa Familias y Niños. Coordinamos y cubrimos sus servicios médicos. Usted recibirá la mayor parte de sus servicios de salud a través de la red de proveedores del Plan. Cuando necesite atención médica o tenga preguntas sobre sus servicios de salud, puede llamarnos. Le ayudaremos a decidir qué hacer a continuación y a qué proveedor de atención médica calificado acudir.

Si es nuevo en UCare, recibirá una encuesta al miembro para completar por correo. Esta es una encuesta voluntaria. Tomará solo unos minutos completarla. Le animamos a completar esta encuesta. La encuesta nos ayudará a conectarlo con los servicios de atención médica u otros servicios disponibles para usted como miembro. En función de sus respuestas, podemos ponernos en contacto con usted para obtener información adicional. Si tiene preguntas sobre esta encuesta, llame al Servicio al Cliente.

Este *Manual del Miembro* es nuestro contrato con usted. Es un documento legal importante. Este *Manual del Miembro* incluye:

- Información de contacto
- Información sobre cómo obtener la atención que necesita
- Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan
- Información sobre costos compartidos
- Una lista de servicios de atención médica cubiertos y no cubiertos
- Cuándo llamar al trabajador de su condado
- Usar la cobertura del Plan con otro seguro u otras fuentes de pago
- Información sobre qué hacer si tiene una queja (reclamo) o desea apelar una acción del Plan, como se define en la Sección 13
- Definiciones

Los condados en el área de servicio del plan son los siguientes: Aitkins, Anoka, Benton, Blue Earth, Carlton, Carver, Cass, Chisago, Cook, Crow Wing, Dakota, Faribault, Fillmore, Freeborn, Hennepin, Houston, Isanti, Koochiching, Lake, Lake of the Woods, Le Sueur, Martin, Mille Lacs, Morrison, Mower, Murray, Nicollet, Olmsted, Pennington, Pine, Ramsey, Rice, Rock, Roseau, Scott, Sherburne, St. Louis, Stearns, Todd, Wadena, Washington, Watonwan, Winona y Wright en Minnesota.

Por favor, díganos su opinión. Puede llamarnos o escribirnos en cualquier momento. (La Sección 1 de este *Manual del Miembro* indica cómo comunicarse con nosotros). Sus comentarios son siempre bienvenidos, ya sean positivos o negativos. De vez en cuando, hacemos encuestas que piden a nuestros miembros que cuenten sus experiencias con nosotros. Si se le contacta, esperamos que participe en una encuesta de satisfacción del miembro. Sus respuestas a las preguntas de la encuesta nos ayudarán a saber qué estamos haciendo bien y dónde debemos mejorar.

Sección 1. Números de teléfono e información de contacto

Cómo ponerse en contacto con nuestro Servicio al Cliente

Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame o escriba al Servicio al Cliente. Nos complacerá poder ayudarlo. El horario de atención al cliente es de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes.

Método	Servicio de Atención al Cliente
LLAME	612-676-3200 o 1-800-203-7225 (esta llamada es gratuita), de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes
TTY	612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita)
FAX	612-676-6501 o 1-866-457-7145 (esta llamada es gratuita)
ESCRIBA	Attn: Customer Service UCare PO Box 52 Minneapolis, MN 55440-0052
VISITE	UCare 500 Stinson Blvd. NE Minneapolis, MN 55413-2615
SITIO WEB	ucare.org
MENSAJES A TRAVÉS DE SU CUENTA DE MIEMBRO	También puede enviarnos un mensaje a través de su Cuenta de miembro en member.ucare.org .

Información de contacto de nuestro plan para ciertos servicios

Apelaciones

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Método	Apelaciones y quejas
LLAME	612-676-6841 o 1-877-523-1517 (esta llamada es gratuita), de 8 am a 4:30 pm, de lunes a viernes
TTY	612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita)
ESCRIBA	Attn: Member Appeals and Grievances UCare PO Box 52 Minneapolis, MN 55440-0052
CORREO ELECTRÓNICO	cag@ucare.org
FAX	612-884-2021 o 1-866-283-8015

Consulte la Sección 13 para obtener más información.

Servicios quiroprácticos

Tenemos contrato con Fulcrum Health, Inc. para prestar servicios quiroprácticos. Fulcrum Health, Inc. gestiona la red de proveedores, conocida como ChiroCare. Debe consultar a un proveedor de ChiroCare para tener cobertura para este beneficio. Para obtener ayuda para encontrar un quiropráctico o para obtener información general sobre beneficios quiroprácticos, llame al Servicio al Cliente de UCare.

Método	Servicio de Atención al Cliente
LLAME	612-676-3200 o 1-800-203-7225 (esta llamada es gratuita), de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes
TTY	612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita)

Quejas sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención.

Método	Servicio de Atención al Cliente
LLAME	612-676-3200 o 1-800-203-7225 (esta llamada es gratuita), de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes
TTY	612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita)
FAX	612-676-6501 o 1-866-457-7145 (esta llamada es gratuita)
ESCRIBA	Attn: Customer Service UCare PO Box 52 Minneapolis, MN 55440-0052
VISITE	UCare 500 Stinson Blvd. NE Minneapolis, MN 55413-2615
SITIO WEB	ucare.org
MENSAJES A TRAVÉS DE SU CUENTA DE MIEMBRO	También puede enviarnos un mensaje a través de su Cuenta de miembro en member.ucare.org .

Servicios dentales

Tenemos contrato con Delta Dental of Minnesota (Delta Dental) para administrar sus beneficios dentales. Para obtener más información sobre los servicios dentales de UCare, puede visitar **ucare.org/dental** o llamar a UCare Dental Connection. UCare Dental Connection puede ayudarle a:

- Encontrar un proveedor de Delta Dental of Minnesota Select Dental o un centro dental.
- Programar citas dentales, incluidas citas de seguimiento y atención especializada.
- Coordinar el transporte a las citas dentales.
- Coordinar los servicios de intérprete para citas dentales.
- Obtener respuestas a sus beneficios dentales y preguntas sobre reclamos.

Método	UCare Dental Connection
LLAME	651-768-1415 o 1-855-648-1415 (esta llamada es gratuita), de 7 am a 7 pm, de lunes a viernes
TTY	711

Clínica dental móvil UCare

Ofrecemos exámenes dentales, limpiezas y cuidados restaurativos básicos a bordo de la Clínica dental móvil UCare. Llame para averiguar cuándo la clínica estará en su localidad o visite a ucare.org/mdc para conocer fechas y lugares programados. Programe su cita llamando a la Clínica dental móvil UCare.

Método	Clínica dental móvil UCare
LLAME	1-866-451-1555 (esta llamada es gratuita) De 8 am a 4:30 pm, de lunes a viernes
TTY	1-800-627-3529 (esta llamada es gratuita)

Criterios de cobertura de equipos médicos duraderos

Método	Servicio de Atención al Cliente
LLAME	612-676-3200 o 1-800-203-7225 (esta llamada es gratuita), de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes
TTY	612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita)

Servicios de intérprete

Llame al Servicio al Cliente de UCare para obtener servicios en lenguaje de señas estadounidense (ASL) o a servicios de intérprete de lenguaje hablado.

Método	Servicio de Atención al Cliente
LLAME	612-676-3200 o 1-800-203-7225 (esta llamada es gratuita), de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes
TTY	612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita)

Servicios de salud mental

Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a la Línea de triaje de trastornos de salud mental y abuso de sustancias. Para encontrar un proveedor, llame a nuestra Línea de triaje o use la herramienta de búsqueda de la red en el sitio web de UCare.

Método	Línea de triaje para salud mental y trastornos por abuso de sustancias
LLAME	612-676-6533 o 1-833-276-1185 (esta llamada es gratuita), de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes
TTY	612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita)
SITIO WEB	ucare.org/searchnetwork

Recetas médicas

Si tiene preguntas sobre los beneficios de medicamentos, llame al Servicio al Cliente de UCare.

Método	Servicio de Atención al Cliente
LLAME	612-676-3200 o 1-800-203-7225 (esta llamada es gratuita), de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes
TTY	612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita)

Servicios de trastornos por abuso de sustancias

Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a la Línea de triaje de trastornos de salud mental y abuso de sustancias. Para encontrar un proveedor, llame a nuestra Línea de triaje o use la herramienta de búsqueda de la red en el sitio web de UCare.

Método	Línea de triaje para salud mental y trastornos por abuso de sustancias
LLAME	612-676-6533 o 1-833-276-1185 (esta llamada es gratuita), de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes
TTY	612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita)
SITIO WEB	ucare.org/searchnetwork

Transporte

Si necesita transporte hacia y desde las citas médicas.

Método	HealthRide
LLAME	612-676-6830 o 1-800-864-2157 (esta llamada es gratuita), de 7 am a 8 pm, de lunes a viernes
TTY	612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita)

Línea de enfermería 24/7 de UCare

La línea de enfermería 24/7 de UCare es un servicio telefónico que proporciona a los miembros información de salud confiable de un enfermero registrado las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los enfermeros pueden darle consejo médico o responder preguntas de salud. El número de teléfono de la línea de enfermería 24/7 de UCare se puede encontrar en el reverso de su tarjeta de identificación del miembro.

Método	Línea de enfermería
LLAME	1-800-942-7858 (esta llamada es gratuita), las 24 horas del día, los siete días de la semana
TTY	1-855-307-6976 (esta llamada es gratuita)

Otra información de contacto importante

Las personas con pérdida de audición o una discapacidad del habla pueden llamar a los siguientes números para acceder a los recursos enumerados en este *Manual del Miembro*: 711, servicio de retransmisión de Minnesota al 800-627-3529 (TTY, voz, ASCII, traspaso auditivo), o 877-627-3848 (servicio de retransmisión de voz). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Para obtener información y conocer más sobre las directivas de atención médica y cómo implementar una directiva anticipada, comuníquese con Servicio al Cliente de UCare al 612-676-3200 o 1-800-203-7225 (esta llamada es gratuita). El horario de atención es de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes. O llame a nuestro número TTY al 612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). Puede encontrar más información sobre las directivas de atención médica: [ucare.org/advance-directives](https://www.health.state.mn.us/facilities/regulation/infobulletins/advdir.html). También puede visitar el sitio web del Departamento de Salud de Minnesota (MDH) en:

<https://www.health.state.mn.us/facilities/regulation/infobulletins/advdir.html>.

Para denunciar fraude y abuso, comuníquese con la línea directa de cumplimiento de UCare por teléfono al 877-826-6847 (esta llamada es gratuita) o por correo electrónico a compliance@ucare.org. O llame a nuestro número TTY al 612-676-6810 o 800-688-2534 (esta llamada es gratuita), de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes; servicio de retransmisión de Minnesota 711 las 24 horas, los siete días de la semana. Puede permanecer en el anonimato. Para denunciar fraude o abuso directamente al estado, comuníquese con la Sección de Revisión de Vigilancia e Integridad (SIRS) del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS) por teléfono al 651-431-2650 o al 800-657-3750 (esta llamada es gratuita) o 711 (TTY), o use sus servicios de retransmisión preferidos; por fax al 651-431-7569; o por correo electrónico a DHS.SIRS@state.mn.us.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Minnesota

El Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS) es una agencia estatal que ayuda a las personas a satisfacer sus necesidades básicas. Proporciona o administra atención médica, ayuda financiera y otros servicios. El DHS administra el programa de Asistencia Médica (Medicaid) en los condados. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para recibir Asistencia Médica (Medicaid), comuníquese con el trabajador de su condado.

Ombudsperson para Programas Públicos de Atención Médica Administrada

El Ombudsperson para Programas Públicos de Atención Médica Administrada, en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Minnesota, ayuda a las personas inscritas en un plan de salud a resolver problemas de acceso, servicios y facturación. Pueden ayudarlo a presentar una queja o apelación con nosotros. El Ombudsperson también puede ayudarlo a solicitar una apelación estatal (audiencia justa con el estado). Llame al 651-431-2660 o 800-657-3729 o al 711 (TTY), o use sus servicios de retransmisión preferidos. La llamada es gratuita. El horario de servicio es de lunes a viernes, de 8:00 am a 4:30 pm

Sección 2. Información importante sobre cómo obtener la atención que necesita

Cada vez que reciba servicios de salud, verifique que el proveedor sea un proveedor de la red del plan. En la mayoría de los casos, debe utilizar los proveedores de la red del Plan para obtener sus servicios. Los miembros tienen acceso a un *Directorio de proveedores y farmacias* que enumera los proveedores de la red del plan. El *Directorio de proveedores y farmacias* puede proporcionarle información sobre proveedores como nombre, dirección, número de teléfono, calificaciones profesionales, especialidad e idiomas hablados por el proveedor. Llame a Servicio de Atención al Cliente si desea obtener información sobre la certificación de la junta, la asistencia a la escuela de medicina, el programa de residencia y el estado de certificación de la junta. Puede solicitar una copia impresa del *Directorio de proveedores y farmacias* en cualquier momento. Para verificar la información actual, puede llamar al Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en la Sección 1 o visite nuestro sitio web que figura en la Sección 1.

Cuando usted es miembro o se convierte en miembro de UCare, eligió o se le asignó una clínica de atención primaria (PCC) o sistema de atención. Su clínica de atención primaria (PCC) o sistema de atención puede proporcionar la mayoría de los servicios de atención médica que necesita y le ayudará a coordinar su atención. Puede cambiar su clínica de atención primaria (PCC) o su sistema de atención. Para averiguar cómo hacerlo, llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1.

No necesita una derivación para acudir a un especialista de la red del Plan. Sin embargo, su clínica de atención primaria puede brindarle la mayor parte de sus servicios de atención médica y ayudará a coordinar su atención.

Comuníquese con su clínica de atención primaria para obtener información sobre los horarios de la clínica, las autorizaciones previas y para hacer una cita. Si no puede ir a su cita, llame a su clínica de inmediato.

Puede cambiar de proveedor o clínica de atención primaria. Para averiguar cómo hacerlo, llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1.

Transición de la atención

Si usted es un miembro recién inscrito que actualmente recibe atención de un proveedor que no es un proveedor de la red del Plan, lo ayudaremos a hacer la transición a un proveedor de la red.

Si un medicamento que está tomando actualmente no está cubierto por su nuevo plan, es posible que pueda recibir un suministro temporal de hasta 90 días. Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente.

Autorizaciones previas

Nuestra aprobación es necesaria para que algunos servicios estén cubiertos. Esto se denomina autorización previa. La aprobación debe obtenerse antes de que reciba los servicios o antes de que paguemos por ellos. Muchos de estos servicios se mencionan en la Sección 7. Trabaje con su proveedor de atención médica calificado para obtener una autorización previa cuando sea necesario. En situaciones urgentes, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud de su médico. Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1.

En la mayoría de los casos, debe utilizar los proveedores de la red del Plan para obtener sus servicios. Si necesita un servicio cubierto que no puede obtener de un proveedor de la red del Plan, debe obtener una autorización previa de nosotros para acudir a un proveedor fuera de la red. Las excepciones a esta regla son:

- Servicios de acceso abierto: planificación familiar, diagnóstico de infertilidad, pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y pruebas para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) u otras afecciones relacionadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Puede acudir a cualquier proveedor de atención médica, clínica, farmacia o agencia de planificación familiar calificada, incluso si no está en nuestra red, para obtener estos servicios.
- Servicios de emergencia y posteriores a la estabilización

Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1.

El Plan permite el acceso directo a los proveedores de nuestra red, pero mantiene el derecho de administrar su atención bajo ciertas circunstancias, tales como: el Programa de beneficiarios restringidos. Podemos hacer esto eligiendo el proveedor que utiliza o los servicios que recibe. Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1.

Si no podemos encontrarle un proveedor calificado de la red del Plan, debemos darle una autorización previa permanente para que acuda a un especialista calificado para cualquiera de las siguientes condiciones:

- Una afección crónica (en curso).
- Una enfermedad mental o física potencialmente mortal.
- Un embarazo más allá de los primeros tres meses (primer trimestre).
- Una enfermedad o discapacidad degenerativa.
- Cualquier otra afección o enfermedad que sea grave o lo suficientemente compleja como para requerir tratamiento por parte de un especialista.

Si no obtiene una autorización previa de nosotros cuando sea necesario, es posible que la factura no se pague. Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1.

Si un proveedor que elija ya no está en la red de nuestro Plan, debe elegir otro proveedor de la red del Plan. Es posible que pueda continuar utilizando los servicios de un proveedor que ya no forma parte de la red de nuestro Plan por hasta 120 días por las siguientes razones:

- Una afección aguda.
- Una enfermedad mental o física potencialmente mortal.
- Un embarazo más allá de los primeros tres meses (primer trimestre).
- Una discapacidad física o mental definida como la incapacidad de participar en una o más actividades importantes de la vida. Esto se aplica a una discapacidad que ha durado o se espera que dure al menos un año, o es probable que tenga como resultado la muerte.
- Una afección incapacitante o crónica que se encuentra en una fase aguda.

Si su proveedor de atención médica calificado certifica que tiene una esperanza de vida de 180 días o menos, es posible que pueda continuar utilizando los servicios por el resto de su vida de un proveedor que ya no forma parte de nuestra red.

Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1.

En UCare, tenemos personal que puede ayudarlo a descubrir la mejor manera de usar los servicios de atención médica. Si tiene preguntas sobre cosas como dónde obtener servicios, obtener autorización para servicios o restricciones en medicamentos recetados, podemos ayudarlo. Llámenos al 612-676-3200 o 1-800-203-7225 (esta llamada es gratuita), de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes. Si necesita asistencia lingüística para hablar sobre estos temas, UCare puede brindarle información en su idioma a través de un intérprete. Para obtener servicios en lenguaje de señas, llame a la línea TTY al 612-676-6810 o al 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). Para obtener otra asistencia lingüística, llame al 612-676-3200 o 1-800-203-7225 (esta llamada es gratuita).

Servicios cubiertos y no cubiertos

La inscripción en el Plan no garantiza que ciertos artículos estén cubiertos. Es posible que algunos medicamentos recetados o equipos médicos no estén cubiertos. Esto es cierto incluso si estaban cubiertos antes.

Algunos servicios y suministros no están cubiertos. Todos los servicios de salud deben ser médicamente necesarios para que sean servicios cubiertos. Lea detenidamente este *Manual del Miembro*. Enumera muchos servicios y suministros que no están cubiertos. Consulte las secciones 7 y 8.

El Plan no cubre algunos servicios, pero pueden estar cubiertos a través de otra fuente. Consulte la Sección 9 para obtener más información. Si no está seguro de si un servicio está cubierto, llame a nuestro Servicio al Cliente al número de teléfono en la Sección 1.

Podemos cubrir servicios adicionales o sustitutos bajo algunas condiciones.

Las solicitudes para cubrir nuevos procedimientos médicos, dispositivos o medicamentos son revisadas por los comités clínicos y de calidad y los directores médicos de UCare. Este grupo incluye médicos y otros expertos en atención médica. Utilizan directrices nacionales y evidencia médica y científica para decidir si UCare debe aprobar nuevos equipos, procedimientos o medicamentos.

Costo compartido

Es posible que se le solicite que contribuya con una cantidad para algunos servicios médicos. Esto se llama costo compartido. Usted es responsable de pagar el monto de su costo compartido a su proveedor. Consulte la Sección 6 para obtener más información.

Pagos a proveedores

No podemos reembolsarle la mayoría de las facturas médicas que paga. Las leyes estatales y federales nos impiden pagarle directamente. Si pagó por un servicio que cree que deberíamos haber cubierto, llame a

Servicio de Atención al Cliente. Si recibió una factura médica que debería haber sido cubierta, llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1. El Servicio al Cliente se comunicará con su proveedor para ayudarlo con la presentación de reclamos.

Puede obtener servicios de salud o suministros no cubiertos por el Plan si acepta pagarlos. Los proveedores deben hacer que firme un formulario reconociendo que usted será responsable de la factura. Los proveedores deben tener un formulario firmado antes de proporcionar servicios o suministros que no están cubiertos por el Plan.

Conciencia cultural

Entendemos que sus creencias, cultura y valores juegan un papel en su salud. Queremos ayudarlo a mantener una buena salud y buenas relaciones con su proveedor de atención médica calificado. Queremos asegurarnos de que reciba atención de una manera culturalmente sensible.

Servicios de intérprete

Proporcionaremos servicios de intérprete para ayudarlo a acceder a los servicios. Esto incluye intérpretes de lenguaje hablado e intérpretes de lenguaje de señas estadounidense (ASL). Los servicios de intérprete de lenguaje hablado en persona solo están cubiertos si el intérprete figura en la Lista de intérpretes de atención médica de lenguaje hablado del Departamento de Salud de Minnesota. Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 para averiguar qué intérpretes puede utilizar.

Otros seguros de salud

Si tiene otro seguro de salud o dental, díganoslo **antes de recibir** atención. Le haremos saber si debe usar los proveedores de la red del Plan o los proveedores de atención médica utilizados por su otro seguro. Coordinaremos con su otro plan de seguro. Si su otro seguro de salud o dental cambia, informe a al trabajador de su condado.

Si tiene Medicare, debe obtener la mayoría de sus medicamentos recetados a través del Programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare). Debe estar inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare para obtener estos servicios. El Plan no paga las recetas que están cubiertas por el Programa de medicamentos recetados de Medicare.

Información privada

Nosotros, y los proveedores de atención médica que lo atienden, tenemos derecho a obtener información sobre su atención médica. Cuando se inscribió en el Programa de Atención Médica de Minnesota (Minnesota Health Care Program), dio su consentimiento para que lo hagamos. Mantendremos esta información privada de acuerdo con la ley.

Programa de beneficiarios restringidos

El Programa de beneficiarios restringidos (RRP) es para miembros que han hecho un mal uso de los servicios de salud. Esto incluye obtener servicios de salud que los miembros no necesitaban, usarlos de una manera que cuesta más de lo que debería o de una manera que puede ser peligrosa para la salud de un miembro. UCare notificará a los miembros si son colocados en el Programa de beneficiarios restringidos.

Si está en el Programa de beneficiarios restringidos, debe obtener servicios de salud de un proveedor de atención primaria designado, una clínica, un hospital utilizado por el proveedor de atención primaria y una farmacia. UCare puede designar a otros proveedores de servicios de salud. También puede ser asignado a una agencia de salud en el hogar. No se le permitirá usar la opción de asistencia de cuidado personal o las opciones de uso flexible o servicios dirigidos al consumidor.

Usted estará restringido a estos proveedores de atención médica designados durante al menos 24 meses de elegibilidad para los Programas de Atención Médica de Minnesota (Minnesota Health Care Programs, MHCP). Todas las derivaciones a especialistas deben ser de su proveedor de atención primaria y el Programa de beneficiarios restringidos de UCare debe recibirlas. Los beneficiarios restringidos no pueden hacer desembolsos directos para ver a un proveedor no designado que sea del mismo tipo de proveedor que uno de sus proveedores designados.

La colocación en el programa permanecerá si cambia de plan de salud. La colocación en el programa también permanecerá si cambia a un plan de pago por servicio de MHCP. No perderá la elegibilidad al MHCP debido a la colocación en el programa.

Al final de los 24 meses, se revisará su uso de los servicios de atención médica. Si utilizó los servicios de salud de forma incorrecta de todas formas, será colocado en el programa por 36 meses de elegibilidad adicionales. Usted tiene derecho a apelar la colocación en el Programa de beneficiarios restringidos. Debe presentar una apelación en un plazo de 60 días a partir de la fecha de nuestro aviso. Debe apelar en un plazo de 30 días para evitar que la restricción se implemente durante su apelación. Puede solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial con el estado) después de recibir nuestra decisión de que hemos decidido hacer cumplir la restricción. Consulte la Sección 13.

Cancelación

Su cobertura con nosotros se cancelará si no es elegible para Asistencia Médica (Medicaid) o si se inscribe en un plan de salud diferente.

Si ya no es elegible para Asistencia Médica (Medicaid), puede ser elegible para comprar cobertura de salud a través de MNsure. Para obtener información sobre MNsure: llame al 855-3MNSURE o al 855-366-7873, TTY, use sus servicios de retransmisión preferidos o visite www.MNsure.org. La llamada es gratuita.

Sección 3. Declaración de derechos de los miembros

Usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto, dignidad y consideración por la privacidad.
- Recibir los servicios que necesita las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esto incluye emergencias.
- Que le hablen de sus problemas de salud.
- Recibir información sobre los tratamientos, sus opciones de tratamiento y cómo los tratamientos lo ayudarán o le harán daño, sin importar el costo de la cobertura del beneficio.
- Recibir información sobre nuestra organización, los servicios, los profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Participar con los proveedores en la toma de decisiones sobre su atención médica.
- Rechazar el tratamiento y recibir información sobre lo que podría suceder si rechaza el tratamiento.
- Rechazar la atención de proveedores específicos.
- Sepa que mantendremos sus registros privados de acuerdo con la ley.
- Pedir y obtener una copia de sus registros médicos. También tiene derecho a solicitar que se corrijan los registros.
- Recibir notificación de nuestras decisiones si denegamos, reducimos o detenemos un servicio, o denegamos el pago de un servicio.
- Presentar una queja o apelación con nosotros. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Minnesota.
- Solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial estatal) ante el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (también conocido como el “estado”). Debe apelar ante nosotros antes de solicitar una apelación estatal. Si tardamos más de 30 días en decidir la apelación de su plan y no hemos solicitado una extensión, no necesita esperar nuestra decisión para solicitar una apelación estatal.
- Recibir una explicación clara de los servicios de atención de salud en el hogar cubiertos.

- Dar instrucciones por escrito que informen a otros de sus deseos acerca de su atención médica. Esto se llama una “directiva de atención médica”. Le permite nombrar a una persona (agente) para que tome decisiones por usted si no puede decidir, o si desea que otra persona decida por usted.
- Elegir dónde recibir servicios de planificación familiar, diagnóstico de infertilidad, pruebas de enfermedades de transmisión sexual y servicios de tratamiento, además de servicios de pruebas de SIDA y VIH.
- Obtener una segunda opinión para los servicios médicos, de salud mental y de trastornos por uso de sustancias.
- Estar libre de restricciones o reclusión utilizadas como medio de: coerción, disciplina, conveniencia o represalias.
- Solicitar una copia por escrito de este *Manual del Miembro* al menos una vez al año.
- Obtener la siguiente información de nosotros, si la solicita. Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1
 - Si usamos un plan de incentivos para médicos que afecte el uso de los servicios de remisión, y detalles sobre el plan si usamos uno.
 - Resultados de un estudio externo de revisión de calidad del estado.
 - Las calificaciones profesionales de los proveedores de atención médica.
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades.
- Ejercer los derechos aquí enumerados.
- Tener una conversación franca sobre las opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.

Sección 4. Responsabilidades de los miembros

Usted tiene la responsabilidad de:

- Leer este *Manual del Miembro* y saber qué servicios están cubiertos por el plan y cómo obtenerlos.
- Mostrar su tarjeta de identificación del miembro del plan de salud y su tarjeta del Programa de Atención Médica de Minnesota cada vez que reciba atención médica. También muestre las tarjetas de cualquier otra cobertura de salud que tenga, como Medicare o seguro privado.
- Establecer una relación con un proveedor de atención médica calificado de la red del Plan antes de enfermarse. Esto ayuda a usted y a su proveedor de atención médica calificado a comprender su afección de salud general.

- Proporcionar la información que solicite su proveedor de atención médica calificado o su plan de salud para que se le pueda brindar la atención o los servicios adecuados. Compartir información sobre su historia clínica.
- Trabajar con su proveedor de atención médica calificado para comprender su afección de salud general. Desarrollar objetivos de tratamiento mutuamente acordados cuando sea posible. Seguir los planes y las instrucciones de atención que haya acordado con su médico. Si tiene preguntas sobre su atención, pregúntele a su proveedor de atención médica calificado.
- Saber qué hacer cuando ocurre un problema de salud, cuándo y dónde buscar ayuda y cómo prevenir problemas de salud.
- Practique la atención médica preventiva. Pedir que se le recomienden pruebas, exámenes y vacunas en función de su edad y su género.
- Seguir los planes y las instrucciones de atención que haya acordado con sus proveedores de atención médica.

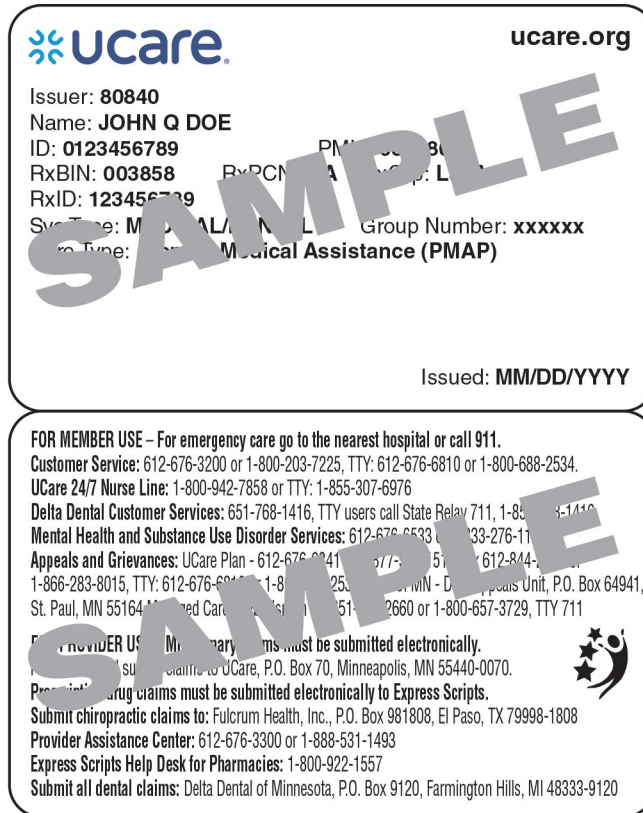
Póngase en contacto con nosotros si tiene preguntas, inquietudes, problemas o sugerencias. Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1

Sección 5. Su tarjeta de identificación del miembro (ID) del plan de salud

Cada miembro recibirá una tarjeta de identificación del miembro del plan.

- Siempre lleve consigo su tarjeta de identificación del miembro del plan.
- Debe mostrar su tarjeta de identificación del miembro del Plan cada vez que reciba atención médica.
- Debe usar su tarjeta de identificación del miembro del Plan junto con su tarjeta del Programa de Atención Médica de Minnesota. También muestre las tarjetas de cualquier otra cobertura de salud que tenga, como Medicare o seguro privado.
- Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 de inmediato si pierde o le roban su tarjeta de identificación del miembro. Le enviaremos una nueva tarjeta.
- Llame al trabajador de su condado si su tarjeta del Programa de Atención Médica de Minnesota se pierde o es robada.

Aquí hay una tarjeta de identificación del miembro del Plan de ejemplo para mostrar cómo se ve:



Sección 6. Costo compartido

El costo compartido se refiere a su responsabilidad de pagar una cantidad para sus costos médicos. Para las personas en el programa Familias y Niños, el costo compartido consiste solo en copagos.

No pagará más del cinco por ciento de sus ingresos familiares mensuales por costos compartidos. Esto puede reducir el monto del copago a menos de los montos enumerados aquí. El DHS nos dirá cada mes si tiene un monto reducido de costos compartidos.

Copagos

Los miembros enumerados aquí **no** tienen que hacer copagos por los servicios médicos que están cubiertos por Asistencia Médica (Medicaid) en virtud el Plan:

- Mujeres embarazadas (si queda embarazada, informe al trabajador de su condado de inmediato).
- Miembros menores de 21 años.

- Miembros que reciben cuidados paliativos.
- Miembros que residen en un hogar de ancianos, hospital u otro centro de atención a largo plazo por más de 30 días.
- Indígenas estadounidenses que reciben o alguna vez han recibido servicios de un proveedor de atención médica indígena o a través de una derivación de los Servicios de salud por contrato de los Servicios de salud para indígenas (IHS CHS) de un centro de IHS.

Algunos servicios requieren copagos. Un copago es una cantidad que usted será responsable de pagar a su proveedor.

Los copagos se enumeran en la siguiente tabla:

Servicio	Monto del copago
Visitas no preventivas (como visitas para dolor de garganta, control de diabetes, fiebre alta, dolor de espalda, etc.) proporcionadas por un médico, asistente médico, enfermero de práctica avanzada, partera profesional certificada, quiropráctico, acupunturista, podólogo, audiólogo u oftalmólogo. No hay copagos para los servicios de salud mental.	\$3.00
Procedimientos de diagnóstico (por ejemplo, endoscopia, artroscopia)	\$3.00
Visita a la sala de emergencias cuando no es una emergencia	\$3.50
Medicamentos recetados de marca <i>Lo máximo que tendrá que pagar en copagos por recetas es de \$12.00 por mes.</i>	\$3.00
Medicamentos recetados genéricos <i>Lo máximo que tendrá que pagar en copagos por recetas es de \$12.00 por mes.</i>	\$1.00

Lo máximo que tendrá que pagar en copagos por recetas es de \$12.00 por mes. No se cobrarán copagos por algunos medicamentos para la salud mental y la mayoría de los medicamentos de planificación familiar.

Si tiene Medicare, debe obtener la mayoría de sus medicamentos recetados a través de un plan del Programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare). Es posible que tenga diferentes copagos sin límite mensual para algunos de estos servicios.

Debe pagar su copago directamente a su proveedor. Algunos proveedores requieren que usted haga el copago cuando llegue para el servicio médico. El hospital puede facturarle después de su visita que no sea de emergencia a la sala de emergencias.

Si no puede hacer el copago, el proveedor debe prestar los servicios de todas formas. Esto es cierto incluso si no ha pagado su copago a ese proveedor en el pasado o si tiene otras deudas con ese proveedor. El proveedor puede facturarle los copagos no pagados de todas formas.

Obtenemos información del estado sobre qué miembros no tienen copagos. Es posible que deba hacer un copago hasta que aparezca en nuestro sistema como una persona que no tiene que hacer copagos.

Ejemplos de servicios que **no** tienen copagos:

- Servicios dentales
- Servicios de emergencia
- Anteojos
- Servicios y suministros de planificación familiar
- Atención domiciliaria
- Vacunas
- Estadías hospitalarias como paciente hospitalizado
- Servicios de intérprete
- Equipo y suministros médicos
- Transporte médico
- Servicios de salud mental
- Visitas de atención preventiva, como exámenes físicos
- Terapias de rehabilitación
- Reparación de anteojos
- Servicios cubiertos por Medicare, excepto los medicamentos de la Parte D de Medicare
- Algunos medicamentos para la salud mental (antipsicóticos)
- Algunas pruebas de detección preventivas y asesoramiento, como exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y asesoramiento nutricional
- Tratamiento del trastorno por uso de sustancias
- Pruebas como análisis de sangre y radiografías
- Consejería e intervenciones sobre el consumo de tabaco
- Servicios 100% financiados por el gobierno federal en clínicas de Servicios de salud indígena

Esta no es una lista completa. Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 si tiene preguntas.

Sección 7. Servicios cubiertos

Esta sección describe los principales servicios que están cubiertos por los miembros del Plan de Asistencia Médica (Medicaid). No es una lista completa de servicios cubiertos. Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1. Algunos servicios tienen limitaciones. Algunos servicios requieren autorización previa. Un servicio marcado con un asterisco (*) significa que se requiere o puede requerirse una autorización previa. Asegúrese de tener una autorización previa antes de recibir el servicio. Todos los servicios de atención médica deben ser médicamente necesarios para que sean servicios cubiertos. Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre las autorizaciones previas. También puede llamar al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 para obtener más información.

Algunos servicios tienen un costo compartido. El costo compartido se refiere a su responsabilidad de pagar una cantidad para sus costos médicos. Consulte la Sección 6 para obtener información sobre los costos compartidos y las excepciones a la participación en los costos.

Servicios de acupuntura*

Servicios cubiertos:

- Los servicios de acupuntura están cubiertos cuando los presta un acupunturista con licencia u otro profesional con licencia de Minnesota con capacitación y acreditación en acupuntura.
- Se permiten hasta 20 unidades de servicios de acupuntura por año calendario sin autorización. Solicite autorización previa si se necesitan unidades adicionales.
- Los servicios de acupuntura están cubiertos por lo siguiente:
 - dolor agudo y crónico
 - depresión
 - ansiedad
 - esquizofrenia
 - síndrome de estrés postraumático
 - insomnio
 - dejar de fumar
 - síndrome de piernas inquietas
 - trastornos menstruales
 - xerostomía (boca seca) asociada con lo siguiente:

* Requiere o puede requerir autorización previa.

- Síndrome de Sjogren
- radioterapia
- náuseas y vómitos asociados con lo siguiente:
 - procedimientos posoperatorios
 - embarazo
 - atención del cáncer

Exámenes para niños y adolescentes (C&TC)

Servicios cubiertos:

Las visitas preventivas de salud de exámenes para niños y adolescentes (Child and Teen Checkups, C&TC) incluyen:

Estas visitas son clave para garantizar que los niños, adolescentes y adultos jóvenes reciban servicios preventivos, dentales, de salud mental, de desarrollo y especializados adecuados.

Dependiendo de la edad, estas visitas pueden incluir:

- mediciones de crecimiento
- educación para la salud
- historia clínica, incluyendo nutrición
- evaluación del desarrollo
- exámenes socioemocionales o de salud mental
- examen físico de la cabeza a los pies
- vacunas
- análisis de laboratorio
- controles de la vista
- controles auditivos
- salud bucal, incluida la aplicación de esmalte de flúor

Notas:

C&TC es un programa de atención médica de visitas de niño sano para miembros menores de 21 años.

A partir de los 11 años, cada visita puede incluir tiempo uno a uno entre el paciente y el proveedor. Esto da una oportunidad para que los adolescentes y adultos jóvenes hagan preguntas en privado y aprendan a manejar su propia salud.

La frecuencia con la que se necesita un C&TC depende de la edad:

- Nacimiento hasta los 2 años y medio: 0-1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses
- 3 a 21 años: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20 años

Comuníquese con su clínica de atención primaria para programar sus visitas de salud preventivas y de niño sano de C&TC.

Atención quiropráctica*

Servicios cubiertos:

- Una evaluación o examen por año calendario
- Manipulación manual (ajuste) de la columna vertebral para tratar la subluxación de la columna vertebral: hasta 24 tratamientos por año calendario, limitados a seis por mes. Los tratamientos superiores a 24 por año calendario o seis por mes requieren una autorización previa.*
- Radiografías cuando sea necesario para apoyar un diagnóstico de subluxación de la columna vertebral

Servicios sin cobertura:

- Otros ajustes, vitaminas, suministros médicos, terapias y equipos de un quiropráctico

Servicios dentales (para adultos excepto mujeres embarazadas)

Servicios cubiertos:

- Servicios de diagnóstico:
 - examen completo (*una vez cada cinco años*) (*no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación periódica o limitada*)
 - examen periódico (una vez por año calendario) (*no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación integral*)
 - exámenes limitados (centrados en problemas) (*una vez al día*) (*no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación oral periódica o integral o un servicio de limpieza dental*)
 - teleodontología para servicios de diagnóstico
 - servicios de imágenes, limitado a:
 - mordida (*una vez por año calendario*)
 - radiografías individuales para el diagnóstico de problemas (*cuatro por fecha de servicio*)
 - panorámico (*una vez cada cinco años y según sea médicamente necesario; una vez cada dos años en situaciones limitadas; o con un centro ambulatorio programado o un procedimiento independiente del centro de cirugía ambulatoria (ASC).*)
 - radiografías de boca completa (*una vez cada cinco años y solo cuando se proporciona en un hospital ambulatorio o en un centro de cirugía ambulatoria (ASC) independiente como parte de una cirugía dental ambulatoria.*)
- Servicios preventivos:
 - limpiezas dentales (*limitado a dos por año calendario; hasta cuatro veces al año si es médicamente necesario*)

* Requiere o puede requerir autorización previa.

- esmalte de fluoruro (*una vez por año calendario*) (*no se puede realizar en la misma fecha que el tratamiento de emergencia del servicio por dolor dental*)
- tratamiento de caries (*una vez cada seis meses*) (*no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de esmalte de fluoruro o tratamiento de emergencia del servicio por dolor dental*)
- Servicios de restauración:
 - rellenos (*limitado a una vez cada 90 días por diente*)
 - empastes sedantes para el alivio del dolor (*no se puede realizar en la misma fecha que el tratamiento de emergencia del servicio por dolor dental*)
- Endodoncia (conductos radiculares) (*en dientes anteriores y premolares solamente y una vez por diente por única vez; el retratamiento no está cubierto*)
- Cirugía oral* (*con autorización previa*) (*limitado a extracciones, extracción de dientes impactados o raíces dentales, biopsias e incisión y drenaje de abscesos*)
- Periodoncia*:
 - eliminación gruesa de la placa y el sarro (desbridamiento completo de la boca) (*una vez cada cinco años*) (*no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de limpieza dental, examen integral, evaluación oral o servicio de evaluación periodontal*)
 - raspado y alisado radicular* (*con autorización previa*) (*no se puede realizar el mismo día que la limpieza dental o el desbridamiento bucal completo*) (*una vez cada dos años por cuadrante*)
 - Procedimientos de seguimiento (mantenimiento periodontal) (*cada tres meses/90 días durante dos años*) (*hasta cuatro por año calendario, después de la finalización del raspado y alisado radicular*)
- Prostodoncia:
 - aparatos removibles (dentaduras postizas y parciales) (*un aparato cada seis años por arco dental*)
 - ajustes, modificaciones, recubrimientos, reparaciones y rebases de aparatos removibles (dentaduras postizas y parciales) (*las reparaciones de dientes perdidos o rotos están limitadas a cinco dientes cada 180 días*)
 - reemplazo de aparatos perdidos, robados o dañados sin reparación bajo ciertas circunstancias
 - reemplazo de aparatos parciales si el parcial existente no se puede alterar para satisfacer las necesidades dentales
 - recubrimientos de acondicionamiento de tejidos (*una vez por aparato*)
 - accesorios y reparaciones de precisión
- Servicios dentales generales adicionales:

* Requiere o puede requerir autorización previa.

- tratamiento de emergencia para el dolor (*una vez al día*)
- anestesia general, sedación profunda (*cuando se proporciona en un hospital ambulatorio o en un centro de cirugía ambulatoria (ASC) independiente como parte de una cirugía dental ambulatoria*).
- centro de atención extendida/visita domiciliaria en ciertos entornos institucionales, que incluyen: residencias de internado, instituciones para enfermedades mentales (IMD), centros de cuidado intermedio para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/DD), centros de cuidados paliativos, opciones de tratamiento extendido de Minnesota (METO), centros de enfermería, centros de enfermería especializada y camas adaptables (una cama de un centro de enfermería en un hospital) (*no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de instrucción de higiene bucal*)
- manejo del comportamiento cuando sea necesario para garantizar que un servicio dental cubierto se realice de manera correcta y segura
- sedación oral o intravenosa (solo si el servicio dental cubierto no se puede realizar de manera segura sin él o requeriría que el servicio se realice bajo anestesia general en un hospital o centro quirúrgico)
- óxido nitroso

Notas:

Si elige obtener beneficios dentales de un Centro de salud calificado a nivel federal (Federally Qualified Health Center, FQHC) o una clínica dental operada por el estado, tendrá los mismos beneficios a los que tiene derecho bajo Medical Assistance (Medicaid).

UCare ofrece los siguientes servicios dentales adicionales:

- Un examen dental preventivo adicional por año para adultos, excepto miembros embarazadas, más allá de lo que cubre la Asistencia Médica.

Consulte la Sección 1 para obtener información de contacto de los servicios dentales.

Servicios dentales (para niños y mujeres embarazadas)

Servicios cubiertos:

- Servicios de diagnóstico:
 - examen completo (*una vez cada cinco años*) (*no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación periódica o limitada*)
 - examen periódico (*no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación integral*)
 - exámenes limitados (centrados en problemas) (*no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación oral periódica o integral o un de limpieza dental*)
 - evaluación oral para pacientes menores de tres años (*por única vez*) (*no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de instrucción de higiene bucal*)
 - evaluación oral detallada (*no se puede realizar en la misma fecha que el desbridamiento bucal completo*)

- evaluación periodontal *(no se puede realizar en la misma fecha que el desbridamiento bucal completo)*
- teleodontología para servicios de diagnóstico
- servicios de imágenes, limitado a:
 - mordida *(una vez por año calendario)*
 - radiografías individuales para el diagnóstico de problemas *(cuatro por fecha de servicio)*
 - panorámica *(una vez cada cinco años excepto cuando sea médicamente necesario; una vez cada dos años en situaciones limitadas; o con un centro ambulatorio programado o un procedimiento independiente del centro de cirugía ambulatoria (ASC))*
 - radiografías de boca completa *(una vez en un período de cinco años)*
- Servicios preventivos:
 - limpiezas dentales *(limitado a dos por año calendario; hasta cuatro por año según sea médicamente necesario)*
 - esmalte de fluoruro *(una vez cada seis meses) (no se puede realizar en la misma fecha que el tratamiento de emergencia del servicio por dolor dental)*
 - selladores para niños menores de 21 años *(uno cada cinco años por molar permanente)*
 - tratamiento de caries *(una vez cada seis meses) (no se puede realizar en la misma fecha que tratamiento de emergencia del servicio por dolor dental o aplicación de esmalte de fluoruro)*
 - servicio de instrucción de higiene oral *(no se puede realizar en la misma fecha que la evaluación oral para niños menores de tres años)*
- Servicios de restauración:
 - rellenos *(limitado a una vez cada 90 días por diente)*
 - empastes sedantes para el alivio del dolor *(no se puede realizar en la misma fecha que el tratamiento de emergencia del servicio por dolor dental)*
 - coronas individuales *(debe ser de acero inoxidable prefabricado o resina)*
- Endodoncia (conductos radiculares) *(anterior y premolar están limitados a una vez por diente por única vez)*
- Cirugía oral*
 - incluyendo extracciones *(con autorización previa)*
- Ortodoncia* *(solo cuando sea médicamente necesario para afecciones muy limitadas para miembros de 20 años o menos) (con autorización previa)*
- Periodoncia*:
 - eliminación gruesa de la placa y el sarro (desbridamiento completo de la boca) *(una vez cada cinco años) (no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de limpieza dental, examen integral, evaluación oral o servicio de evaluación periodontal)*
 - raspado y alisado radicular* *(con autorización previa) (no se puede realizar el mismo día que la limpieza dental o el desbridamiento bucal completo) (una vez cada dos años por cuadrante)*

* Requiere o puede requerir autorización previa.

- procedimientos de seguimiento (mantenimiento periodontal) *(cada tres meses/90 días durante dos años) (hasta cuatro por año calendario, después de la finalización del raspado y alisado radicular)*
- **Prostodoncia:**
 - aparatos removibles (dentaduras postizas, parciales y sobredentaduras) *(un aparato cada seis años por arco dental)*
 - ajustes, modificaciones, recubrimientos, reparaciones y rebases de aparatos removibles (dentaduras postizas y parciales) *(las reparaciones de dientes perdidos o rotos están limitadas a cinco dientes cada 180 días)*
 - reemplazo de aparatos perdidos, robados o dañados sin reparación bajo ciertas circunstancias
 - reemplazo de aparatos parciales si el parcial existente no se puede alterar para satisfacer las necesidades dentales
 - recubrimientos de acondicionamiento de tejidos
 - accesorios y reparaciones de precisión
- **Servicios dentales generales adicionales:**
 - tratamiento de emergencia del dolor dental
 - anestesia general, sedación profunda
 - óxido nitroso
 - centro de atención extendida/visita domiciliaria en ciertos entornos institucionales, que incluyen: residencias de internado, instituciones para enfermedades mentales (IMD), centros de cuidado intermedio para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/DD), centros de cuidados paliativos, opciones de tratamiento extendido de Minnesota (METO), centros de enfermería, programa escolar o Head Start, centros de enfermería especializada y camas adaptables (una cama de un centro de enfermería en un hospital) *(no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de instrucción de higiene bucal)*
 - medicamentos (solo cuando sea médicamente necesario para condiciones muy limitadas)
 - manejo del comportamiento cuando sea necesario para garantizar que un servicio dental cubierto se realice de manera correcta y segura
 - ajustes de mordida oral* *(ajustes completos con Autorización Previa) (limitado a una vez al día)*

Notas:

Si comienza los servicios de ortodoncia, no exigimos que se complete el plan de tratamiento para pagarle al proveedor por los servicios recibidos.

Si usted es nuevo en nuestro plan de salud y ya ha comenzado un plan de tratamiento de servicio dental (por ej., ortodoncia), contáctenos para coordinar la atención.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

UCare ofrece los siguientes servicios dentales adicionales:

- Selladores dentales para miembros de 20 años o menos, una vez por molar permanente (dientes 1-3, 14-16, 17-19 y 30-32) por 60 meses si los selladores fallan.

Consulte la Sección 1 para obtener información de contacto de los servicios dentales.

Servicios de diagnóstico

Servicios cubiertos:

- Análisis de laboratorio y radiografías
- Otras pruebas de diagnóstico médico indicadas por su proveedor de atención médica calificado

Servicios médicos y otros servicios de salud

Servicios cubiertos:

- Visitas al médico que incluyen:
 - inmunoterapia de alergia y pruebas de alergia
 - atención a mujeres embarazadas
 - planificación familiar: **servicio de acceso abierto**
 - análisis de laboratorio y radiografías
 - exámenes físicos
 - exámenes preventivos
 - visitas preventivas al consultorio
 - especialistas
 - consulta de telemedicina
 - vacunas y medicamentos administrados en el consultorio de un proveedor de atención médica calificado*
 - visitas por enfermedad o lesión
 - visitas en el hospital u hogar de ancianos
- Servicios de enfermería especializada: servicios prestados por un enfermero practicante, un enfermero anestesista, una enfermera partera o una enfermera clínica especialista
- Hogar de salud del comportamiento: coordinación de la atención primaria, los servicios de salud mental y los servicios sociales
- Sangre y productos sanguíneos
- Cobertura de ensayos clínicos: Atención de rutina que es: 1) proporcionado como parte del tratamiento protocolario de un ensayo clínico; 2) es habitual, acostumbrada y apropiada para su afección; y 3) normalmente se proporcionaría fuera de un ensayo clínico. Esto incluye los servicios y artículos necesarios para el tratamiento de los efectos y complicaciones del

* Requiere o puede requerir autorización previa.

tratamiento del protocolo.

- Exámenes de detección de cáncer (incluyendo mamografía, prueba de Papanicolaou, detección de cáncer de próstata, detección de cáncer colorrectal)
- Servicios clínicos
- Coordinación de la atención al trabajador de salud comunitario y servicios de educación del paciente
- Servicios de técnico en emergencias médicas comunitarias (Community Medical Emergency Technician, CMET)
 - visitas posteriores al alta hospitalarias/posteriores al hogar de ancianos indicadas por su proveedor de atención primaria
 - visitas de evaluación de seguridad indicadas por el proveedor de atención primaria/médico (PCP)
- Servicios paramédicos comunitarios: ciertos servicios son proporcionados por un paramédico comunitario. Los servicios deben ser parte de un plan de atención de su proveedor de atención primaria. Los servicios pueden incluir:
 - evaluaciones de salud
 - monitoreo y educación de enfermedades crónicas
 - ayuda con medicamentos
 - inmunizaciones y vacunas
 - toma de muestras de laboratorio
 - atención de seguimiento después de recibir tratamiento en un hospital
 - otros procedimientos médicos menores
- Conserjería y pruebas para enfermedades de transmisión sexual (ETS), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH: **servicio de acceso abierto**
- Servicios mejorados de atención del asma (para miembros elegibles menores de 21 años que son diagnosticados con asma mal controlada, cuando se cumplen criterios específicos)
 - Visitas domiciliarias para determinar si hay desencadenantes del asma en el hogar del miembro
 - Debe ser proporcionado por un especialista registrado en salud ambiental, un especialista en hogares saludables y un evaluador principal de riesgos. Su agencia local de salud pública puede ayudarlo a encontrar uno de estos profesionales de la salud para que lo ayude o puede comunicarse con Servicio al Cliente.
- Servicios de atención médica en el hogar: coordinación de la atención para miembros con necesidades de atención médica complejas o crónicas
- Educación y asesoramiento para la salud (por ejemplo, dejar de fumar, asesoramiento nutricional, educación sobre la diabetes)

- Coordinación del servicio comunitario de extensión de hospital (Hospital In-Reach Community-Based Service, IRSC): coordinación de los servicios destinados a reducir el uso de la sala de emergencias hospitalaria (ER) bajo ciertas circunstancias. Este servicio aborda las necesidades de salud, sociales, económicas y de otro tipo de los miembros para ayudar a reducir el uso de la ER y otros servicios de atención médica.
- Vacunas
- Servicios de podología (desbridamiento de uñas de los pies, callos infectados y durezas, y otros cuidados no rutinarios de los pies)
- Terapia respiratoria
- Servicios de una enfermera de salud pública certificada o una enfermera registrada que ejerce en una clínica de enfermería de salud pública bajo una unidad gubernamental
- Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH: **NO** es un servicio de acceso abierto. Debe acudir a un proveedor de la red del plan.
- Tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (ETS): **servicio de acceso abierto**
- Manejo de la atención de la tuberculosis y observación directa de la ingesta de medicamentos

Servicios sin cobertura:

- Formas artificiales de quedar embarazada (inseminación artificial, incluida la fertilización in vitro y los servicios relacionados, los medicamentos para la fertilidad y los servicios relacionados)

Servicios de Intervención Intensiva Temprana del Desarrollo y del Comportamiento (EIDBI) (para miembros menores de 21 años)*

El propósito del beneficio de EIDBI es proporcionar una intervención médicamente necesaria, temprana e intensiva para las personas con trastorno del espectro autista (TEA) y afecciones relacionadas. Las familias pueden aprender más sobre EIDBI tomando la capacitación [EIDBI 101](#) en línea. La [Carta de bienvenida para cuidadores de EIDBI](#) proporciona más información sobre el programa una vez que una familia comienza con los servicios.

Las familias pueden aprender más sobre el autismo, así como recursos y apoyos, visitando el [Portal de recursos para el autismo de Minnesota](#).

El beneficio también está destinado a:

- Educar, capacitar y apoyar a los padres y las familias
- Promover la independencia y la participación de las personas en la vida familiar, escolar y comunitaria
- Mejorar los resultados a largo plazo y la calidad de vida de las personas y sus familias.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

Los servicios de EIDBI son proporcionados por proveedores de EIDBI inscritos que tienen experiencia en las modalidades aprobadas que incluyen:

- Análisis conductual aplicado (ABA)
- Modelo de desarrollo, diferencia individual, basado en relaciones (DIR)/Floortime
- Modelo Early Start Denver (ESDM)
- Proyecto PLAY
- Intervención de desarrollo de relaciones (Relationship Development Intervention, RDI)
- Interacción social temprana (Early Social Interaction, ESI)

Servicios cubiertos:

- Evaluación integral multidisciplinaria (Comprehensive Multi-Disciplinary Evaluation, CMDE) que se necesita anualmente para determinar la elegibilidad y la necesidad médica para los servicios de EIDBI
- Desarrollo del Plan de tratamiento individual ((Individual Treatment Plan, ITP) (Inicial)
 - Desarrollo del Plan de tratamiento individual (ITP) y monitoreo del progreso
- Intervención directa: individual, grupal o mayor intensidad
- Observación y dirección
- Capacitación y consejería para familiares/cuidadores: individual o grupal
- Reunión de Atención Coordinada
- Tiempo de viaje

Servicios médicos de emergencia y atención posterior a la estabilización

Servicios cubiertos:

- Servicios de sala de emergencias
- Atención posterior a la estabilización
- Ambulancia (aérea o terrestre incluye transporte por agua)

Servicios sin cobertura:

Servicios de atención médica de emergencia, urgentes u otros servicios prestados o artículos suministrados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos (EE.UU.). No haremos el pago de la atención médica a un proveedor o entidad fuera de los EE.UU.

Notas:

Si tiene una emergencia y necesita tratamiento de inmediato, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Muestre su tarjeta de identificación del miembro y pida que llamen a su proveedor de atención médica calificado.

En todos los demás casos, llame a su proveedor de atención médica calificado, si es posible. Puede llamar al número las 24 horas del día, los siete días de la semana y obtener instrucciones sobre qué hacer.

Si está fuera de la ciudad, vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. Muestre su tarjeta de identificación del miembro y pida que llamen a su proveedor de atención médica calificado.

Debe llamar a su proveedor de atención médica calificado dentro de las 48 horas o tan pronto como pueda después de recibir atención de emergencia en un hospital que no forma parte de la red del Plan.

Servicios de planificación familiar

Servicios cubiertos:

- Examen de planificación familiar y tratamiento médico: **servicio de acceso abierto**
- Examen de planificación familiar y exámenes de diagnóstico: **servicio de acceso abierto**
- Métodos de planificación familiar (por ejemplo, píldoras anticonceptivas, parche, anillo, dispositivo intrauterino (DIU), inyecciones, implantes): **servicio de acceso abierto**
- Suministros de planificación familiar con receta médica (por ejemplo, condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón): **servicio de acceso abierto**
- Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, incluidos los servicios relacionados: **servicio de acceso abierto**
- Tratamiento para afecciones médicas de infertilidad: **NO** es un servicio de acceso abierto. Debe acudir a un proveedor de la red del plan.

Nota: Este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada.

- Asesoramiento y pruebas para enfermedades de transmisión sexual (ETS), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH: **servicio de acceso abierto**
- Tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (ETS): **servicio de acceso abierto**
- Esterilización voluntaria: **servicio de acceso abierto**
Nota: Debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario de consentimiento federal de esterilización. Deben pasar al menos 30 días, pero no más de 180 días, entre la fecha en que firma el formulario y la fecha de la cirugía.
- Asesoramiento genético: **servicio de acceso abierto**
- Pruebas genéticas: **NO** es un servicio de acceso abierto. Debe acudir a un proveedor de la red del plan.
- Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH: **NO** es un servicio de acceso abierto. Debe acudir a un proveedor de la red del plan.

Servicios sin cobertura:

- Formas artificiales de quedar embarazada (inseminación artificial, incluida la fertilización in vitro y los servicios relacionados, los medicamentos para la fertilidad y los servicios relacionados)
- Reversión de esterilización voluntaria
- Esterilización de alguien bajo tutela/custodia

Notas:

Las leyes federales y estatales le permiten elegir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar para obtener **servicios de acceso abierto**, incluso si no están en la red del plan.

Audífonos

Servicios cubiertos:

- Baterías para audífonos
- Audífonos
- Reparación y sustitución de audífonos por desgaste normal, con límites

Servicios de atención en el hogar

Servicios cubiertos:

- Visita de enfermero especializado
- Terapias de rehabilitación para restaurar la función (por ejemplo, habla, física, ocupacional, respiratoria)
- Visita de asistente de salud en el hogar

Cuidados paliativos

Servicios cubiertos:

Los beneficios de cuidados paliativos incluyen cobertura para los siguientes servicios, cuando se brindan directamente en respuesta a la enfermedad terminal:

- Servicios médicos
- Servicios de enfermería
- Servicios médicos sociales
- Asesoramiento
- Suministros y equipos médicos
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para el control de los síntomas y el dolor

- Asesoramiento dietético y de otro tipo
- Atención hospitalaria a corto plazo
- Atención de relevo
- Servicios de ayuda médica en el hogar y de ayuda doméstica
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Voluntarios
- Otros artículos y servicios incluidos en el plan de atención que de otro modo estarían cubiertos por servicios médicos

Notas:

Elección de Medicare

Debe elegir los beneficios de cuidados paliativos para recibir servicios de cuidados paliativos.

Si usted es elegible para Medicare y Medicaid y elige cuidados paliativos, debe elegir la atención en un centro de cuidados paliativos de Medicare además de la atención en un centro de cuidados paliativos de Medicaid. Las pautas federales le prohíben elegir atención en un centro de cuidados paliativos a través de un programa y no del otro cuando es elegible para ambos.

Los miembros de 21 años o menos pueden recibir tratamiento para su afección terminal además de los servicios de cuidados paliativos.

Si está interesado en utilizar los servicios cuidados paliativos, llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1.

Hospital: paciente hospitalizado

Servicios cubiertos:

Los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados están cubiertos si se determina que son médicamente necesarios. Esto incluye:

- Estadía hospitalaria como paciente hospitalizado*
- Su habitación semiprivada y comidas
- Habitación privada cuando sea médicamente necesario
- Pruebas y rayos X
- Cirugía*
- Medicamentos
- Suministros médicos

* Requiere o puede requerir autorización previa.

- Servicios profesionales
- Servicios de terapia (por ejemplo, física, ocupacional, del habla, respiratoria)

Servicios sin cobertura:

- Artículos de confort personal, como TV, teléfono, peluquería o servicios de belleza, servicios para huéspedes
- Los cargos relacionados con la atención hospitalaria por servicios de investigación, cirugía plástica o cirugía estética no están cubiertos a menos que se determine que son médicamente necesarios a través del proceso de revisión médica.

Notas:

Para obtener más información sobre los diferentes tipos de admisiones de pacientes hospitalizados, incluyendo salud mental o trastorno por uso de sustancias (SUD) para pacientes hospitalizados, consulte esas secciones específicas en este manual del miembro.

La atención que no es de emergencia recibida en un hospital puede requerir una autorización previa. Trabaje con su proveedor de atención médica calificado para obtener una autorización previa cuando sea necesario. También puede llamar al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 para obtener más información.

Hospital: paciente ambulatorio

Servicios cubiertos:

- Atención urgente para afecciones que no son tan graves como una emergencia
- Centro quirúrgico ambulatorio
- Pruebas y rayos X
- Diálisis
- Servicios de sala de emergencias
- Atención posterior a la estabilización
- Servicios de observación: si no es admitido como paciente hospitalizado, puede ingresar al estado de “observación ambulatoria” hasta que su proveedor determine que su afección requiere una admisión hospitalaria o un alta al hogar. Los servicios de observación están cubiertos hasta por 48 horas. UCare considerará servicios de observación de hasta 72 horas para circunstancias inusuales cuando se presente documentación adicional.

Notas:

La atención que no es de emergencia recibida en un hospital puede requerir una autorización previa. Trabaje con su proveedor de atención médica calificado para obtener una autorización previa cuando sea necesario. También puede llamar al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 para obtener más información.

Servicios de estabilización de vivienda* (para miembros mayores de 18 años)

Servicios cubiertos:

El plan pagará los siguientes servicios para los miembros elegibles para los Servicios de estabilización de vivienda:

- Servicios de consulta de vivienda para desarrollar un plan centrado en la persona para personas sin servicios de administración de casos de Asistencia Médica.
- Servicios de transición de vivienda para ayudarlo a planificar, encontrar y mudarse a una vivienda.
- Servicios de mantenimiento de vivienda para ayudarlo a mantener la vivienda.
- Transporte para recibir Servicios de estabilización de vivienda (dentro de un radio de 60 millas).

Notas:

Debe tener una evaluación de elegibilidad de los Servicios de estabilización de vivienda realizada y que se determine que es elegible para estos servicios. Si necesita Servicios de estabilización de vivienda, puede solicitar una evaluación o recibir el apoyo de su proveedor o administrador de casos.

Si tiene un administrador de casos específico o un administrador de casos de exención, ese administrador de casos puede ayudarlo a acceder a los servicios, o puede comunicarse directamente con un proveedor de Servicios de estabilización de vivienda para que lo ayude.

El personal del Departamento de Servicios Humanos (DHS) utilizará los resultados de la evaluación para determinar si cumple con los criterios basados en las necesidades para recibir este servicio. El DHS le enviará una carta de aprobación o denegación para los Servicios de estabilización de vivienda.

Servicios de intérprete

Servicios cubiertos:

- Servicios de intérprete de idioma hablado
- Servicios de intérprete en varios idiomas

Notas:

Los servicios de intérprete están disponibles para ayudarlo a obtener servicios.

Consulte Servicios de intérpretes en la Sección 1 para obtener información de contacto y averiguar qué intérpretes puede utilizar.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

Equipo y suministros médicos*

Servicios cubiertos:

- Prótesis u órtesis
- Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, camas de hospital, andadores, muletas y pelucas para personas con pérdida del cabello debido a cualquier afección médica). Póngase en contacto con el Servicio al Cliente para obtener más información sobre la cobertura y los límites de beneficios para pelucas.
- Reparaciones de equipos médicos
- Baterías para equipos médicos
- Algunos zapatos, cuando están moldeados a medida o forman parte de un aparato ortopédico para las piernas
- Oxígeno y equipos de oxígeno
- Suministros médicos que necesita para atender su enfermedad, lesión o discapacidad
- Equipos y suministros para diabéticos
- Productos nutricionales/enterales, cuando se cumplen criterios específicos
- Productos para la incontinencia
- Servicios de planificación familiar: **servicio de acceso abierto**. Consulte Servicios de planificación familiar en esta sección.
- Dispositivos de comunicación aumentativa, incluidas las tabletas electrónicas
- Productos reductores de alérgenos (para miembros elegibles menores de 21 años que son diagnosticados con asma mal controlada)

Servicios sin cobertura:

- Modificaciones constructivas en el hogar, el vehículo o el lugar de trabajo, incluyendo barras de agarre del baño
- Productos ambientales (como filtros de aire, purificadores, acondicionadores, deshumidificadores), a menos que estén cubiertos como productos reductores de alérgenos para miembros elegibles
- Equipo de ejercicio

Notas:

Deberá usar su proveedor de atención médica calificado y obtener una receta para que el equipo y los suministros médicos estén cubiertos.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

Llame al número de teléfono de Criterios de cobertura de equipos médicos duraderos en la Sección 1 si necesita más información sobre nuestros criterios de cobertura de equipos médicos duraderos.

Servicios de salud mental

Servicios cubiertos:

- Clínica comunitaria de salud conductual certificada (Certified Community Behavioral Health Clinic, CCBHC)
- Consulta de atención clínica
- Servicios de respuesta a crisis que incluyen:
 - detección
 - evaluación
 - intervención
 - estabilización, incluyendo estabilización residencial
 - Intervención comunitaria (*para miembros mayores de 18 años*)
- Evaluaciones diagnósticas que incluyen la detección de presencia de enfermedades mentales y trastornos por uso de sustancias concomitantes.
- Programa ambulatorio intensivo (IOP) de Terapia conductual dialéctica (DBT) (*para miembros adultos de 18 años o más y miembros adolescentes de 12 a 17 años que cumplan con ciertos criterios*)
- Tratamiento comunitario asertivo forense (Forensic Assertive Community Treatment, FACT) (*para miembros a partir de 18 años*)
- Hospitalización psiquiátrica, incluida la estadía prolongada en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados.
- Tiempo de viaje del proveedor de salud mental
- Administración de casos dirigidos de salud mental (Mental Health Targeted Case Management, MH-TCM)
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios que incluyen:
 - Explicación de los hallazgos
 - Servicios de psicoeducación familiar (*para socios menores de 21 años*)
 - Manejo de medicamentos para la salud mental
 - Servicios neuropsicológicos
 - Psicoterapia (paciente y/o familia, familia, crisis y grupo)
 - Pruebas psicológicas
- Servicios de salud mental médicos que incluyen:
 - Evaluación/intervención de salud y comportamiento
 - Visitas para paciente hospitalizado
 - Consultas psiquiátricas a proveedores de atención primaria

- Consulta, evaluación y manejo médico
- Servicios de rehabilitación de salud mental que incluyen:
 - Tratamiento comunitario asertivo (Assertive Community Treatment, ACT) *(para miembros a partir de 18 años)*
 - Tratamiento diurno para adultos *(para miembros mayores de 18 años)*
 - Los Servicios de rehabilitación de salud mental para adultos (Certified Peer Specialist, ARMHS) están disponibles para miembros de 18 años o más
 - Especialistas certificados de pares familiares *(para socios menores de 21 años)*
 - Servicios de apoyo al especialista certificado de pares (Certified Peer Specialist, CPS) en situaciones limitadas
 - Servicios de tratamiento residencial de salud mental para niños *(para socios menores de 21 años)**
 - Servicios y apoyos terapéuticos para niños (Children’s Therapeutic Services and Supports, CTSS), incluido el tratamiento diurno para niños *(para socios menores de 21 años)*
 - Servicios de psicoeducación familiar *(para socios menores de 21 años)*
 - Servicios de tratamiento residencial intensivo (Intensive Residential Treatment Services, IRTS) *(para miembros mayores de 18 años)*
 - Servicios de cuidado de acogida para tratamiento intensivo *(para miembros menores de 21 años)*
 - Programa de hospitalización parcial (Partial Hospitalization Program, PHP)
 - Tratamiento comunitario asertivo juvenil (Youth Assertive Community Treatment, Youth ACT): servicios intensivos de rehabilitación no residencial de salud mental *(para miembros de 8 a 20 años)*
- Centro de tratamiento residencial psiquiátrico (Psychiatric Residential Treatment Facility, PRTF) *(para miembros menores de 21 años)**
- Telesalud

Servicios sin cobertura:

- Terapia de conversión

El Plan no cubre los siguientes servicios, pero pueden estar disponibles a través del condado. Llame a su condado para obtener información. Consulte también la Sección 9.

- Tratamiento en centros de la Regla 36 que no tienen licencia como Servicios de tratamiento residencial intensivo (Intensive Residential Treatment Services, IRTS)
- Alojamiento y comida asociados con los Servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS)
- Tratamiento y servicios de alojamiento y comida en ciertos centros residenciales de tratamiento de salud mental para niños en estados limítrofes

* Requiere o puede requerir autorización previa.

Notas:

Consulte Servicios de salud mental en la Sección 1 para obtener información acerca de a dónde llamar o escribir.

Use un proveedor de la red del Plan para servicios de salud mental.

Si decidimos que no es necesario un tratamiento estructurado de salud mental, puede obtener una segunda opinión. Para la segunda opinión, debemos permitirle acudir a cualquier profesional de la salud calificado que no esté en la red del plan. Pagaremos por esto. Debemos considerar la segunda opinión, pero tenemos derecho a estar en desacuerdo con la segunda opinión. Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

No determinaremos la necesidad médica de los servicios de salud mental ordenados por un tribunal. Use un proveedor de la red del Plan para su evaluación de salud mental ordenada por un tribunal.

Servicios de obstetricia y ginecología (OB/GYN)**Servicios cubiertos:**

- Atención prenatal, de parto y posparto
- Clases de parto
- Servicios hospitalarios para recién nacidos
- Consejería y pruebas de VIH para mujeres embarazadas: **servicio de acceso abierto**
- Tratamiento para mujeres embarazadas seropositivas
- Tratamiento para recién nacidos de madres seropositivas
- Pruebas y tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (ETS): **servicio de acceso abierto**
- Servicios relacionados con el embarazo recibidos en relación con un aborto (no incluye servicios relacionados con el aborto)
- Servicios de doula por una doula certificada supervisada por un médico, enfermera practicante o enfermera partera certificada y registrada en el Departamento de Salud de Minnesota (MDH)
- Servicios prestados por un profesional de la salud con licencia en centros de natalidad con licencia, incluidos los servicios de enfermeras parteras certificadas y parteras tradicionales con licencia

Servicios sin cobertura:

- Aborto: el Plan no cubre este servicio. Es posible que tenga cobertura del estado. Llame al servicio de asistencia para miembros de Minnesota Health Care Programs al 651-431-2670 o al 800-657-3739 o 711 (TTY) o use sus servicios de retransmisión preferidos para obtener información de cobertura. Consulte también la Sección 9 (esta llamada es gratuita).
- Partos domiciliarios planificados

Notas:

Usted tiene “acceso directo” a proveedores de obstetricia y ginecología para los siguientes servicios: examen de salud preventivo anual, incluidos los exámenes de seguimiento que su proveedor de atención médica calificado dice que son necesarios; atención de maternidad; evaluación y tratamiento para afecciones ginecológicas o emergencias. Para obtener los servicios de acceso directo, debe usar un proveedor de la red del plan. Para servicios etiquetados como **acceso abierto**, puede usar cualquier clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar calificada para proveedores de atención médica.

Servicios ópticos

Servicios cubiertos:

- Exámenes de la vista
- Anteojos iniciales, cuando sea médicamente necesario (la selección de marcos de anteojos puede ser limitada)
- Anteojos de reemplazo, cuando sea médicamente necesario
 - Reemplazo idéntico de anteojos cubiertos por pérdida, robo o daño irreparable.
- Reparaciones de armazones y lentes para anteojos cubiertos por el plan
- Tintado, fotocromático (por ejemplo, lentes Transition®) o lentes polarizadas, cuando sea médicamente necesario
- Lentes de contacto, cuando sea médicamente necesario

Servicios sin cobertura:

- Par adicional de anteojos
- Lentes bifocales/trifocales progresivas (sin líneas)
- Recubrimiento protector para lentes de plástico
- Suministros para lentes de contacto

Servicios fuera del área

Servicios cubiertos:

- Un servicio que necesita cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan*. Es posible que se requiera una autorización previa para obtener servicios médicamente necesarios (que no sean servicios urgentes o de emergencia) cuando esté fuera del área. Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 para obtener más información.
- Un servicio que necesita después de mudarse de nuestra área de servicio mientras aún es miembro del plan.*

* Requiere o puede requerir autorización previa.

- Servicios de emergencia para una emergencia que necesita tratamiento de inmediato
- Atención posterior a la estabilización
- Atención de urgencia médicamente necesaria cuando se encuentra fuera del área de servicio del Plan. (Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 lo antes posible.)
- Servicios cubiertos que no están disponibles en el área de servicio del Plan*

Servicios sin cobertura:

- Servicios de atención médica de emergencia, urgentes u otros servicios o artículos suministrados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos (EE.UU.). No haremos el pago de la atención médica a un proveedor o entidad fuera de los EE.UU.

Servicios fuera de la red

Servicios cubiertos:

- Ciertos servicios que necesita y que no puede obtener a través de un proveedor de la red del Plan*
- Servicios de emergencia para una emergencia que necesita tratamiento de inmediato
- Atención posterior a la estabilización
- Una segunda opinión para salud mental y trastornos por uso de sustancias
- Servicios de acceso abierto
- Servicios relacionados con el embarazo recibidos en relación con un aborto (*no incluye servicios relacionados con el aborto*)
- Un servicio médico que no sea de emergencia que necesite cuando esté temporalmente fuera de la red o del área de servicio del plan que es o fue indicado, recomendado o proporcionado actualmente por un proveedor de la red

Medicamentos recetados (para miembros que NO tienen Medicare)

Servicios cubiertos:

- Medicamentos recetados
- Servicios de administración de terapia con medicamentos (Medication therapy management, MTM)
- Ciertos medicamentos de venta libre (*cuando los receta un proveedor de atención médica calificado con autoridad para recetar*)

* Requiere o puede requerir autorización previa.

Servicios sin cobertura:

- Medicamentos utilizados para tratar la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos utilizados para mejorar la fertilidad
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos, incluidos los medicamentos para tratar la pérdida de cabello
- Medicamentos excluidos de la cobertura por la ley federal o estatal
- Medicamentos experimentales, medicamentos en investigación o medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA)
- Cannabis medicinal

Notas:

El medicamento debe estar en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario).

La lista de medicamentos cubiertos (formulario) incluye los medicamentos recetados cubiertos por UCare. Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista tiene que ser similar a la lista cubierta por la Asistencia Médica (Medicaid) de pago por servicio. La lista también debe incluir los medicamentos enumerados en la Lista de medicamentos preferidos (PDL) del Departamento de Servicios Humanos.

Además de los medicamentos recetados cubiertos por UCare, algunos medicamentos de venta libre están cubiertos bajo sus beneficios de Asistencia Médica (Medicaid). Puede buscar medicamentos recetados utilizando nuestra herramienta de búsqueda en línea en ucare.org/mhcp-druglist. También se publica una lista de medicamentos cubiertos (formulario) en el sitio web. También puede llamar al Servicio al Cliente y solicitar una copia por escrito de nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario).

Si un medicamento que está tomando actualmente no está cubierto por su nuevo plan, es posible que pueda recibir un suministro temporal de hasta 90 días. Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente.

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa (PA):** UCare exige que usted o su proveedor de atención médica obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de UCare antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que UCare no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad (QL):** para ciertos medicamentos, UCare limita la cantidad del medicamento que cubrirá.

- **Preferido/No preferido (P/NP):** Para algunos grupos de medicamentos, UCare exige que pruebe los medicamentos preferidos antes de pagar por los medicamentos no preferidos. Para recibir un medicamento no preferido, su médico o proveedor de atención médica tendrá que obtener una autorización previa.
- **Requisitos de edad:** en algunos casos, hay requisitos de edad para que pruebe ciertos medicamentos. Se necesita una autorización previa dependiendo de su edad y del medicamento específico recetado.
- **Medicamentos de marca:** la versión de marca del medicamento estará cubierta por UCare solo cuando:
 1. El profesional que expide sus recetas informa a UCare por escrito que la versión de marca del medicamento es médicamente necesaria; o
 2. UCare prefiere que se dispense la versión de marca sobre la versión genérica del medicamento; o
 3. La ley de Minnesota requiere la dispensación de la versión de marca del medicamento.

Puede averiguar si su medicamento requiere autorización previa, tiene límites de cantidad, tiene estado de preferido/no preferido, o tiene un requisito de edad poniéndose en contacto con el Servicio de Atención al Cliente o visitando nuestro sitio web en ucare.org/mhcp-druglist. Se puede eliminar una restricción o límite de un medicamento si su médico presenta una declaración o documentación que respalde la solicitud. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos poniéndose en contacto con el Servicio al Cliente o visitando nuestro sitio web en ucare.org/mhcp-druglist.

Si UCare cambia los requisitos de autorización previa, los límites de cantidad u otras restricciones a un medicamento que está tomando actualmente, UCare le notificará el cambio a usted y a al profesional que expide sus recetas al menos 10 días antes de que el cambio entre en vigencia.

Cubriremos un medicamento que no pertenezca al formulario si su proveedor de atención médica calificado nos muestra que: 1) el medicamento que normalmente está cubierto le ha causado una reacción dañina; 2) hay una razón para creer que el medicamento que normalmente está cubierto causaría una reacción dañina; o 3) el medicamento recetado por su proveedor de atención médica calificado es más efectivo para usted que el medicamento que normalmente está cubierto. El medicamento debe estar en una clase de medicamentos que esté cubierto.

Cubriremos un medicamento antipsicótico, incluso si no está en nuestra lista de medicamentos, si su proveedor certifica que esto es lo mejor para usted. No hay copago para los fármacos antipsicóticos. En ciertos casos, también cubriremos otros medicamentos utilizados para tratar una enfermedad mental o trastorno emocional, incluso si el medicamento no está en nuestra lista de medicamentos aprobados. Haremos esto por hasta un año si su proveedor certifica que el medicamento es mejor para usted y usted ha sido tratado con el medicamento durante 90 días antes de que: 1) elimináramos el medicamento de nuestra lista de medicamentos; o 2) usted se inscribiera en el Plan.

La mayoría de los medicamentos y ciertos suministros está disponible para un suministro de hasta 30 días. Ciertos medicamentos que toma regularmente para una afección crónica o a largo plazo están disponibles hasta un suministro de 90 días y se identifican en la Lista de medicamentos cubiertos de UCare como “90 días”.

Si UCare no cubre su medicamento o tiene restricciones o límites en su medicamento que no cree que funcionen para usted, puede hacer una de estas cosas:

- Puede preguntarle a su proveedor de atención médica si hay otro medicamento cubierto que funcione para usted.
- Usted o su proveedor de atención médica pueden pedirle a UCare que haga una “excepción” y cubra el medicamento o que elimine las restricciones o límites. Si se aprueba su solicitud de excepción, el medicamento estará cubierto en el nivel de copago genérico o de marca apropiado.

Si su proveedor de atención médica calificado le receta un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos o un medicamento que requiere autorización previa, debe comunicarse con Express Scripts con razones médicas que justifiquen solicitar una excepción. Su proveedor puede enviar una solicitud de autorización previa electrónica a Express Scripts, o llamar o enviar por fax utilizando un formulario de solicitud. La información de contacto de Express Scripts está disponible en el sitio web del proveedor de UCare. Los miembros también pueden encontrar información sobre el proceso de solicitud de excepción iniciando sesión en el portal para miembros en member.ucare.org, vaya a la página My Pharmacy Benefits (Mis beneficios de farmacia) y complete un Formulario de solicitud de excepción (Exception Request Form). También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente al número que figura en la Sección 1.

Si el personal de la farmacia le dice que el medicamento no está cubierto y le pide que pague, solicite que llamen a su proveedor de atención médica calificado. Si usted paga, no podemos reembolsarle. Puede haber otro medicamento que funcione que esté cubierto por nosotros bajo el Plan. Si la farmacia no llama a su proveedor de atención médica calificado, usted puede hacerlo. También puede llamar al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 para solicitar asistencia.

Los medicamentos especializados son utilizados por personas con enfermedades complejas o crónicas. Estos medicamentos a menudo requieren un manejo, dispensación o supervisión especiales por parte de un farmacéutico especialmente capacitado.

Si le recetan un medicamento que está en la Lista de medicamentos especializados de UCare, el profesional que expide sus recetas deberá enviar la receta de ese medicamento especializado a la farmacia especializada de UCare.

Nombre de la farmacia especializada:	Fairview Specialty Pharmacy
Teléfono y TTY:	612-672-5260 o 1-800-595-7140 (esta llamada es gratuita). Para TTY, llame al 711 y pida para hablar al 1-800-595-7140 (esta llamada es gratuita)
Fax:	1-866-347-4939
Horario de atención:	de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes; de 8 am a 4 pm, los sábados. Se ofrecen servicios de guardia las 24 horas del día, los siete días de la semana.
Sitio web:	fairviewspecialtyrx.org

También deberá llamar a la farmacia especializada al 612-672-5260 o al 1-800-595-7140 (esta llamada es gratuita) o, para TTY, llamar al Centro nacional de retransmisión al 711 y pedir 1-800-595-7140 (esta llamada es gratuita) para configurar una cuenta. Deberá tener su tarjeta de identificación del miembro (ID) de UCare cuando llame a la farmacia especializada.

Medicamentos recetados (para miembros que tienen Medicare)

Servicios cubiertos:

- Algunos productos de venta libre, algunos productos recetados para la tos y el resfriado y algunas vitaminas que no están cubiertas por el Programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare)

Servicios sin cobertura:

- Medicamentos recetados que son elegibles para tener cobertura en virtud del Programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare)
- Medicamentos utilizados para tratar la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos utilizados para mejorar la fertilidad
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos, incluidos los medicamentos para tratar la pérdida de cabello
- Medicamentos excluidos de la cobertura por la ley federal o estatal
- Medicamentos experimentales, medicamentos en investigación o medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
- Cannabis medicinal

Notas:

Medicare paga la mayoría de sus medicamentos recetados a través del Programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare). **Debe estar inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare** para recibir la mayoría de sus servicios de medicamentos recetados. Obtendrá sus servicios de medicamentos recetados a través de su plan de medicamentos recetados de Medicare, no a través de nuestro Plan. Es posible que tenga que hacer un copago por las recetas cubiertas por su plan de medicamentos recetados de Medicare.

Rehabilitación**Servicios cubiertos:**

- Terapias de rehabilitación para restaurar la función: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla
- Dispositivos de comunicación aumentativa
- Servicios de audiología, incluidas pruebas de audición

Servicios sin cobertura:

- Rehabilitación vocacional
- Gimnasios y spa

Servicios comunitarios basados en la escuela (para miembros menores de 21 años)**Servicios cubiertos:**

- Audiología
- Terapia ocupacional
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
- Fisioterapia
- Patología del habla y el lenguaje

Servicios sin cobertura:

- Asistencia de cuidado personal
- Tecnología de apoyo
- Enfermería a domicilio
- Transporte especial
- Servicios del Plan de educación individualizada (IEP) que deben cubrirse a través de la escuela

Servicios de trastornos por abuso de sustancias (SUD)

Servicios cubiertos:

- Detección/Evaluación/Diagnóstico, incluyendo los servicios autorizados de Detección, Intervención Breve y Remisión para el Tratamiento (Screening Brief Intervention Referral to Treatment, SBIRT) y evaluaciones integrales
- Tratamiento ambulatorio
- Estadías en el hospital
- Tratamiento residencial no hospitalario
- Tratamiento asistido con medicamentos para pacientes ambulatorios
- Desintoxicación (solo cuando la hospitalización es médicamente necesaria debido a afecciones resultantes de lesiones o accidentes o complicaciones médicas durante la desintoxicación)
- Coordinación del tratamiento de SUD
- Apoyo de recuperación entre pares
- Manejo de la abstinencia

Servicios sin cobertura:

El pago por alojamiento y comida que se determina como necesario a través de una evaluación del trastorno por abuso de sustancias es responsabilidad del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

Notas:

Consulte la Sección 1 para obtener información de contacto de los servicios de trastorno por abuso de sustancias.

Un profesional calificado que forma parte de la red del plan le hará recomendaciones para los servicios de trastornos por uso de sustancias. Puede elegir hasta el más alto nivel de atención recomendado por el profesional calificado. Puede recibir una evaluación adicional en cualquier momento de su atención, si no está de acuerdo con los servicios recomendados. Si está de acuerdo con la segunda evaluación, puede acceder a los servicios de acuerdo con las normas de trastornos por abuso de sustancias y la segunda evaluación. Usted tiene derecho a apelar. Consulte la Sección 13 de este Manual del Miembro.

Cirugía

Servicios cubiertos:

- Visitas al consultorio/clínica/cirugía
- Eliminación de angiomas simples de nacimiento

- Cirugía reconstructiva* (por ejemplo, después de una mastectomía, después de una cirugía por lesión, enfermedad u otras enfermedades; para defectos de nacimiento)
- Servicios de anestesia
- Circuncisión cuando sea médicamente necesario
- Cirugía de confirmación de género

Servicios sin cobertura:

- Cirugía cosmética

Servicios de telesalud

Servicios cubiertos:

- Los servicios de telesalud cubren servicios y consultas médicamente necesarios prestados por un proveedor de atención médica con licencia por teléfono o videollamada con el miembro. La ubicación del miembro puede ser su hogar. La telesalud se define como la prestación de servicios de atención médica o consultas mediante el uso de comunicaciones audiovisuales interactivas bidireccionales en tiempo real. El propósito de la telesalud es proporcionar o apoyar la prestación de atención médica y facilitar la evaluación, el diagnóstico, la consulta, la educación sobre el tratamiento y el manejo de la atención médica de un paciente mientras el paciente se encuentra en un sitio de origen y el proveedor de atención médica con licencia se encuentra en un sitio distante.

Telemonitoreo

El telemonitoreo es el uso de la tecnología para brindar atención y apoyo a las complejas necesidades de salud de un miembro desde una ubicación remota, como en el hogar de un miembro. El telemonitoreo puede rastrear los signos vitales de un miembro utilizando un dispositivo o equipo que envía los datos electrónicamente a su proveedor para su revisión. Los ejemplos de signos vitales que se pueden monitorear de forma remota incluyen la frecuencia cardíaca, la presión arterial y los niveles de glucosa en sangre.

Servicios cubiertos:

- Servicios de telemonitoreo para miembros con afecciones médicamente complejas de alto riesgo, como insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o diabetes (cuando sea médicamente necesario)

Trasplantes*

Servicios cubiertos:

- Trasplantes de órganos y tejidos, incluyendo: médula ósea, córnea, corazón, corazón-pulmón, intestino, intestino-hígado, riñón, hígado, pulmón, páncreas, páncreas-riñón, células de los islotes pancreáticos, células madre y otros trasplantes

* Requiere o puede requerir autorización previa.

- Dispositivo de asistencia ventricular: insertado como un puente hacia un trasplante de corazón o como un tratamiento de terapia de destino.

Notas:

El tipo de trasplante debe: 1) estar incluido en el Manual del proveedor del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota; 2) ser de un tipo cubierto por Medicare; o 3) estar aprobado por el agente de revisión médica del estado.

Los trasplantes deben realizarse en un centro de trasplantes que sea un centro de trasplantes aprobado por Medicare.

Los centros de trasplantes de células madre o médula ósea deben cumplir con los estándares establecidos por la Fundación para la Acreditación de la Terapia Celular (Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy, FACT).

Transporte hacia/desde los servicios médicos

Servicios cubiertos:

- Ambulancia (aérea o terrestre incluye transporte por agua)
- Transporte con conductor voluntario
- Transporte sin asistencia (taxi o transporte público)
- Transporte asistido
- Transporte equipado con ascensor/rampa
- Transporte protegido
- Transporte en camilla

Servicios sin cobertura:

- Reembolso de millaje (por ejemplo, cuando usa su propio automóvil), comidas, alojamiento y estacionamiento, incluidos los viajes fuera del estado. El Plan no cubre estos servicios, pero pueden estar disponibles a través de la agencia local del condado o tribal. Llame a su agencia local del condado o tribal para obtener más información.

Notas:

Si necesita transporte hacia y desde los servicios de salud que cubrimos, llame al número de teléfono de transporte que figura en la Sección 1. Proporcionaremos la forma de transporte más apropiada y rentable.

El Plan no está obligado a proporcionar transporte a su clínica de atención primaria si está a más de 30 millas de su hogar o si elige un proveedor especializado que esté a más de 60 millas de su hogar. Llame al número de teléfono de transporte que figura en la Sección 1 si no tiene una clínica de atención primaria que esté disponible dentro de las 30 millas de su hogar o si no tiene un proveedor especializado que esté disponible dentro de las 60 millas de su hogar.

HealthRide: Ofrecemos viajes hacia y desde citas médicas para miembros elegibles que no tienen otro medio de transporte.

El transporte está cubierto a lugares donde recibe beneficios cubiertos, tales como: un consultorio médico de la red UCare (proveedor de atención primaria o especialista), proveedores de tratamiento dental, de salud mental y de trastornos por abuso de sustancias. También se proporcionan viajes hacia y desde una farmacia para recoger recetas.

Los pases de autobús están disponibles en los siete condados del área metropolitana de Minneapolis/St. Paul, St. Cloud, Duluth y el área metropolitana del condado de St. Louis, entre otras áreas.

Cómo programar o cancelar un viaje:

- Debe programar su viaje con HealthRide al menos dos días hábiles antes de su cita para garantizar la disponibilidad de transporte.
- Puede solicitar un pase de autobús de HealthRide (si está disponible en su área) catorce días antes de su cita programada. Si tiene un pase de autobús, debe usar el autobús para citas médicas elegibles.
- Tenga lista la siguiente información antes de llamar a HealthRide:
 - su identificación de miembro,
 - fecha de nacimiento,
 - la dirección registrada en el condado,
 - la dirección de origen y destino, y
 - su número de teléfono de contacto (para recogerlo).
- Debe llamar a HealthRide si necesita cancelar su viaje programado o cambiar su destino.

Cosas que debe saber sobre cómo usar su beneficio de transporte:

- No puede recoger ni dejar a nadie durante su viaje.
- Puede traer un asistente.
- HealthRide se reserva el derecho de verificar las citas/recetas antes de proporcionar viajes.
- UCare puede comunicarse con usted para verificar un viaje si otra persona llama en su nombre.
- El conductor le dará una tarjeta o un cupón con el nombre de la empresa y el número de teléfono. Consérvela y llame al número para su viaje de regreso.

Atención de urgencia

Servicios cubiertos:

- Atención de urgencia dentro del área de servicio del Plan
- Atención de urgencia fuera del área de servicio del Plan

Servicios sin cobertura:

- Servicios de atención de urgencia, emergencia, u otros servicios prestados de atención médica o artículos suministrados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos (EE.UU.). No haremos el pago de la atención médica a un proveedor o entidad fuera de los EE.UU.

Notas:

Una afección de urgencia no es tan grave como una emergencia. Se trata de atención que necesita tratamiento rápido para evitar que la afección se agrave. La atención de urgencia está disponible las 24 horas del día.

Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 lo antes posible cuando reciba atención de urgencia fuera del área de servicio del Plan.

Sección 8. Servicios que no cubrimos

Si recibe servicios o suministros que no están cubiertos, es posible que tenga que pagarlos usted mismo. Algunos servicios y suministros “no cubiertos” se enumeran en cada categoría en la Sección 7. A continuación se muestra una lista de otros servicios y suministros que el Plan no cubre. Esta no es una lista completa. Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

- Autopsias (exámenes que se realizan en los cuerpos de personas que han muerto para averiguar la causa de la muerte)
- Procedimientos o tratamientos cosméticos
- Servicios de atención médica de emergencia, urgentes u otros servicios prestados o artículos suministrados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos (EE.UU.). No haremos el pago de la atención médica a un proveedor o entidad fuera de los EE.UU.
- Servicios experimentales o de investigación
- Servicios o suministros de atención médica que no son médicamente necesarios
- Productos homeopáticos y herbales
- Servicios incidentales para pacientes hospitalizados y hogares de ancianos, como televisión, teléfono, peluquería y servicios de belleza, y servicios para huéspedes
- Suministros que no se usan para tratar una afección médica

Sección 9. Servicios que el plan no cubre, pero pueden estar cubiertos a través de otra fuente

Estos servicios no están cubiertos por el Plan, pero pueden estar cubiertos a través de otra fuente, como el estado, el condado, el gobierno federal, la tribu o un plan de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre estos servicios, llame al servicio de asistencia para miembros de los Programas de Atención Médica de Minnesota (Minnesota Health Care Programs, MHCP) al 651-431-2670 o al 800-657-3739 o 711 (TTY) o use sus servicios de retransmisión preferidos.

La llamada es gratuita.

- Servicios de aborto
- Administración de casos para miembros con discapacidades del desarrollo
- Gestión de casos específicos de bienestar infantil
- Servicios de capacitación y habilitación diurna
- Manejo de casos de VIH
- Enfermería de atención domiciliaria (HCN): Para obtener más información sobre los servicios de HCN, comuníquese con una agencia de atención domiciliaria para una evaluación. Para encontrar una agencia de atención domiciliaria en su área, llame al número de asistencia para miembros de MHCP que se indica anteriormente.
- Centro de cuidado intermedio para miembros con discapacidades del desarrollo (ICF/DD)
- Capacitación laboral y servicios educativos
- Servicios médicamente necesarios especificados en un Plan de educación individualizada (IEP) o Plan de servicio familiar individualizado (IFSP) que son proporcionados por un distrito escolar y cubiertos por Asistencia Médica (Medicaid)
- Reembolso de millaje (por ejemplo, cuando usa su propio automóvil), comidas, alojamiento y estacionamiento. Comuníquese con su condado para obtener más información.
- Estadías en hogares de ancianos.
- Asistencia de cuidado personal (PCA). Community First Services and Supports (CFSS) reemplazará los servicios de PCA, previa aprobación federal. Comuníquese con la admisión de su condado de residencia para obtener servicios y apoyos de atención a largo plazo para obtener más información sobre los servicios de PCA y para organizar una evaluación.
- Coordinación de servicios basados en la comunidad después de un arresto
- Medicamentos con receta con cobertura en virtud del Programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare). Debe estar inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare para obtener estos servicios.

- Alojamiento y comida asociados con los Servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS)
- Alojamiento y comida asociados con servicios de tratamiento en centros residenciales de tratamiento de salud mental. Su condado puede cubrir el alojamiento y la comida. Llame a su condado para obtener información.
- Alojamiento y comida asociados con servicios de tratamiento en centros residenciales de tratamiento de salud mental (Regla 5). Su condado puede cubrir el alojamiento y la comida. Llame a su condado para obtener información.
- Servicios prestados por instituciones federales
- Servicios proporcionados por un centro de tratamiento regional estatal, un centro de atención a largo plazo de propiedad estatal a menos que lo aprobemos o el servicio sea ordenado por un tribunal en las condiciones especificadas en la ley.
- Tratamiento en centros de la Regla 36 que no tienen licencia como Servicios de tratamiento residencial intensivo (Intensive Residential Treatment Services, IRTS)
- Exenciones de los Servicios basados en el hogar y en la comunidad

Sección 10. Cuándo llamar al trabajador de su condado

Llame al trabajador de su condado para informar estos cambios:

- Cambios de nombre
- Cambios de dirección, incluido mudarse fuera de Minnesota
- Fechas de inicio/finalización del embarazo
- Adición o pérdida de un miembro del hogar
- Tarjeta de identificación perdida o robada del Programa de Atención Médica de Minnesota
- Nuevo seguro o Medicare: fechas de inicio/finalización
- Cambio en los ingresos, incluidos cambios en el empleo

Sección 11. Cómo usar la cobertura del Plan con otro seguro

Si tiene otro seguro, díganoslo antes de recibir atención. Le haremos saber si debe usar los proveedores de la red del Plan o los proveedores de atención médica utilizados por su otro seguro. Coordinaremos nuestros pagos con ellos. Esto se llama “coordinación de beneficios”. Ejemplos de otros seguros incluyen:

- Seguro de coche sin responsabilidad
- Compensación laboral
- Medicare

- Tricare
- Otra cobertura de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO)
- Otro seguro comercial

Cuando se convierte en miembro del Plan, usted acepta:

- Permitirnos enviar facturas a su otro seguro.
- Permitirnos obtener información de su otro seguro.
- Permitirnos recibir pagos de su otro seguro en lugar de que se le envíen pagos.
- Ayudarnos a obtener pagos de su otro seguro.

Si su otro seguro cambia, informe a al trabajador de su condado.

Sección 12. Subrogación u otros reclamos

Este primer párrafo se aplica a ciertos no ciudadanos en el programa Familias y Niños:

Es posible que tenga otras fuentes de pago por su atención médica. Pueden ser de otra persona, grupo, compañía de seguros u otra organización. Si tiene un reclamo contra otra fuente por lesiones, haremos un reclamo por atención médica que cubrimos para usted. La ley estatal exige que nos ayude a hacer esto. El reclamo puede ser recuperado de cualquier acuerdo o sentencia recibida por usted de otra fuente. Esto es cierto incluso si no recibió el pago completo de su reclamo. El monto del reclamo no será más de lo que permite la ley estatal.

Este segundo párrafo se aplica a miembros en el programa Familias y Niños excepto ciertos no ciudadanos:

Es posible que tenga otras fuentes de pago por su atención médica. Pueden ser de otra persona, grupo, compañía de seguros u otra organización. Las leyes federales y estatales establecen que los beneficios de Asistencia Médica (Medicaid) pagan solo si no existe otra fuente de pago. Si tiene un reclamo contra otra fuente por lesiones, haremos un reclamo por separado por atención médica que cubrimos para usted. Las leyes exigen que nos ayude a hacer esto. El reclamo puede ser recuperado de cualquier fuente que pueda ser responsable del pago de la atención médica que cubrimos para usted. El monto del reclamo no será más de lo que permite la ley federal y estatal.

Sección 13. Proceso de quejas, apelaciones y apelaciones estatales (audiencia imparcial con estatal)

Esta sección le informa sobre el sistema de quejas y apelaciones, incluidos avisos, quejas (reclamos), apelaciones de planes de salud y apelaciones estatales (audiencia imparcial estatal). Le dice cómo y cuándo usar el sistema de quejas y apelaciones si no está satisfecho con su atención médica o servicio o no está de acuerdo con una decisión que tomamos. Le informa sobre sus derechos al usar el sistema de quejas y apelaciones.

Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 si tiene preguntas o quiere presentar una queja o apelación.

Términos del sistema de quejas y apelaciones que debe saber:

Una queja es cuando no está satisfecho con los servicios que ha recibido y puede incluir cualquiera de los siguientes:

- calidad de la atención o los servicios prestados,
- falta de respeto a sus derechos,
- grosería de un proveedor o empleado de un plan de salud,
- retraso en el tratamiento apropiado o derivación, o
- no actuar dentro de los plazos exigidos para quejas y apelaciones,

Una denegación, terminación o reducción (DTR) (aviso de acción) es un formulario o carta que le enviamos para informarle sobre una decisión que tomamos sobre una solicitud de servicio, el pago de un reclamo o cualquier otra solicitud. El aviso le dirá cómo presentar una apelación ante el plan de salud o solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial estatal) si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Una apelación ante el plan de salud es su solicitud para que revisemos una decisión que tomamos. Puede solicitar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión en cualquiera de las siguientes **acciones** (decisiones):

- denegación o autorización limitada del tipo o nivel de servicio solicitado por su proveedor,
- reducción, suspensión o interrupción de un servicio que fue aprobado antes,
- denegación de todo o parte del pago de un servicio,
- no proporcionar servicios (incluido el transporte) en un período razonable,
- denegación de la solicitud de un miembro para obtener servicios fuera de la red para los miembros que viven en un área rural con un solo plan de salud,
- no proporcionar una respuesta a su queja o apelación en los plazos requeridos, o
- denegación de su solicitud para disputar su responsabilidad financiera, incluidos los copagos y otros costos compartidos.

Su proveedor puede apelar en su nombre con su consentimiento por escrito. Su proveedor de tratamiento puede apelar una decisión de autorización previa sin su consentimiento.

Una apelación estatal (audiencia imparcial estatal) es su solicitud para que el estado revise una decisión que tomamos. Debe apelar ante UCare antes de solicitar una apelación estatal. Si tardamos más de 30 días en decidir la apelación y no hemos solicitado una extensión, no necesita esperar nuestra decisión para solicitar una apelación estatal. Puede apelar cualquiera de estas acciones (decisiones):

- denegación o autorización limitada del tipo o nivel de servicio,
- reducción, suspensión o interrupción de un servicio que fue aprobado antes,
- denegación de todo o parte del pago de un servicio,
- no proporcionar servicios en un período razonable,
- que no actuemos dentro de los plazos exigidos para autorizaciones previas y apelaciones,
- responsabilidad financiera, incluidos copagos u otros costos compartidos, o
- cualquier otra acción.

Plazos importantes para las apelaciones

Debe seguir los plazos para presentar apelaciones de planes de salud y apelaciones estatales (audiencias imparciales estatales). Si supera el tiempo permitido, es posible que no revisemos su apelación y que el estado no acepte su solicitud de apelación.

Debe apelar ante nosotros **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha del DTR (aviso de acción). Podemos darle más tiempo si tiene una buena razón para no cumplir con la fecha límite. Debe presentar una apelación ante nosotros **antes** de solicitar una apelación estatal. Si tardamos más de 30 días en decidir la apelación y no hemos solicitado una extensión, no necesita esperar nuestra decisión para solicitar una apelación estatal.

Debe solicitar una apelación estatal **en un plazo de 120 días** desde nuestra decisión de apelación.

Si estamos deteniendo o reduciendo un servicio, puede seguir recibiendo el servicio si presenta una apelación ante el plan de salud **en un plazo de 10 días** a partir de la fecha en el aviso, o antes de que el servicio se detenga o reduzca, lo que ocurra más tarde. **Debe solicitar seguir recibiendo el servicio cuando presente una apelación.** El servicio puede continuar hasta que se decida la apelación. Si pierde la apelación, es posible que se le facture por estos servicios, pero solo si la política estatal lo permite.

Si pierde la apelación, puede seguir recibiendo el servicio durante una apelación estatal si solicita una apelación estatal dentro de los 10 días posteriores a la fecha de la decisión sobre la apelación de su plan.

Para el Programa de beneficiarios restringidos, un miembro que reciba un aviso de restricción puede presentar una apelación ante nosotros. Debe presentar una apelación **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha en el aviso. Debe apelar en un plazo de 30 días para evitar que la restricción se implemente durante su apelación. Puede solicitar una apelación estatal después de recibir nuestra decisión.

Para presentar una apelación oral o por escrito ante nosotros:

Puede apelar por teléfono, por escrito, por fax o en persona. La información de contacto y la dirección se encuentran en la Sección 1 bajo “Apelaciones y quejas”. También puede apelar utilizando el portal para miembros en **member.ucare.org**.

Las apelaciones rápidas se utilizan para servicios necesarios de urgencia. Si estamos de acuerdo en que es urgente, le daremos una decisión dentro de las 72 horas. Intentaremos llamarlo con la decisión antes de enviar la decisión por escrito.

Podemos tomar hasta 14 días adicionales si necesitamos más información y es lo mejor para usted o si solicita tiempo adicional. Le diremos por qué tomamos tiempo adicional.

Si su apelación no es urgente, le informaremos en un plazo de 10 días desde que la recibimos. Le daremos una decisión por escrito en un plazo de 30 días. Podemos tomar hasta 14 días adicionales si necesitamos más información y es lo mejor para usted o si solicita tiempo adicional. Le diremos que tomamos tiempo adicional y por qué.

La persona que toma la decisión no será la misma persona que participó en la revisión previa o la toma de decisiones.

Si estamos decidiendo una apelación sobre un servicio que fue denegado porque no era médicamente necesario, la decisión será tomada por un profesional de la salud con la experiencia clínica adecuada en el tratamiento de su afección o enfermedad.

Usted o su representante pueden presentar su información en persona, por teléfono o por escrito.

Si apela, enviaremos a usted o a su representante el expediente del caso previa solicitud, incluidos los expedientes médicos y cualquier otro documento y registro que consideremos durante el proceso de apelación.

Para presentar una apelación estatal (audiencia imparcial estatal) ante el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota:

Debe presentar su apelación al plan de salud **antes** de solicitar una apelación estatal. Debe solicitar una apelación estatal **en un plazo de 120 días** a partir de la fecha de nuestra decisión de apelación (resolución).

Su apelación al estado debe hacerse por escrito. Puede escribir al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota para solicitar una apelación estatal.

Escriba a: Minnesota Department of Human Services
Appeals Office
PO Box 64941
St. Paul, MN 55164-0941

Presente en línea en: <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-0033-ENG>

O envíe un fax al: 651-431-7523

Dígale al estado por qué no está de acuerdo con la decisión que tomamos. Puede pedirle a un amigo, pariente, defensor, proveedor o abogado que lo ayude. Su proveedor debe tener su permiso por escrito para solicitar una apelación estatal en su nombre.

Un juez de servicios humanos de la Oficina de Apelaciones del estado celebrará una audiencia. Puede solicitar asistir a la audiencia por teléfono, por video o en persona. Puede pedir a sus proveedores u otras personas que den testimonio. Puede proporcionar documentos para que el juez los considere.

El proceso puede tardar 90 días. Si su audiencia es sobre un servicio que se necesita con urgencia, informe al Juez o al Ombudsperson cuando los llame o escriba.

Si su audiencia es sobre un servicio que fue denegado porque no era médicamente necesario, puede solicitar la revisión de un experto médico. El experto médico es independiente tanto del estado como de UCare. El estado paga por esta revisión. No hay costo para usted.

Si no está de acuerdo con la decisión del juez de servicios humanos, puede pedirle al estado que reconsidere su decisión. Envíe una solicitud de reconsideración por escrito a la Oficina de Apelaciones del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la decisión. La información de contacto se muestra anteriormente en esta sección.

Si no está de acuerdo con la decisión del estado, puede apelar ante el tribunal de distrito de su condado.

Quejas (reclamos)

Puede presentar una queja ante nosotros **en cualquier momento**. No hay un cronograma para presentar una queja ante nosotros.

Para presentar una queja oral ante nosotros:

Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 e infórmenos del problema.

Le daremos una decisión en un plazo de 10 días. Podemos tardar hasta 14 días más en tomar una decisión si necesitamos más información y es lo mejor para usted. Le informaremos en un plazo de 10 días que necesitamos tiempo adicional y le diremos por qué.

Si su queja es sobre nuestra denegación de una apelación rápida o una queja sobre problemas urgentes de atención médica, le daremos una decisión en un plazo de 72 horas.

Para presentar una queja por escrito ante nosotros:

Envíenos una carta sobre su queja. Escriba a la dirección que aparece en la Sección 1 bajo “Apelaciones y quejas”. O puede enviarnos la carta por fax utilizando el número de fax que figura en la Sección 1. También puede apelar utilizando el portal para miembros en **member.ucare.org**.

Podemos ayudarlo a presentar su queja por escrito. Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 si necesita asistencia.

Le diremos que recibimos su queja por escrito en un plazo de 10 días.

Le daremos una decisión por escrito en un plazo de 30 días. Podemos tomar hasta 14 días adicionales si necesitamos más información y es lo mejor para usted o si usted o su proveedor solicitan tiempo adicional. Le diremos que tomamos tiempo adicional y por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar su queja ante el Departamento de Salud de Minnesota.

Escriba a: Minnesota Department of Health
Health Policy and Systems Compliance Monitoring Division
Managed Care Systems
PO Box 64882
St. Paul, MN 55164-0882

Llame al: 800-657-3916 (esta llamada es gratuita) o al 651-201-5100

TTY: 711, utilice sus servicios de retransmisión preferidos

Visite: <https://www.health.state.mn.us/facilities/insurance/clearinghouse/complaints.html>

También puede llamar al Ombudsperson para Programas Públicos de Atención Médica Administrada para solicitar ayuda. La información de contacto se muestra después de esta sección.

Información importante sobre sus derechos al presentar una queja, apelar o solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial con el estado):

Si decide presentar una queja o apelación, o solicitar una apelación estatal, no afectará su elegibilidad para los servicios médicos. Tampoco afectará su inscripción en nuestro plan de salud.

Puede hacer que un pariente, amigo, defensor, proveedor o abogado lo ayude con su queja, apelación o una apelación estatal.

No hay costo para usted por presentar una apelación de plan de salud, una queja o una apelación estatal. Podemos pagar algunos gastos como transporte, cuidado de niños, fotocopias, etc.

Si solicita sus expedientes médicos u otros documentos que utilizamos para tomar nuestra decisión o desea copias, nosotros o su proveedor debemos proporcionárselos sin costo alguno. Si lo solicita, debemos darle una copia de las pautas que utilizamos para tomar nuestra decisión, sin costo alguno para usted. Es posible que deba poner esta solicitud por escrito.

Si necesita ayuda con su queja, apelación o una apelación estatal, puede llamar o escribir al Ombudsperson para Programas públicos de atención médica administrada. Es posible que puedan ayudarlo con problemas de acceso, servicio o facturación. También pueden ayudarlo a presentar una queja o apelación con nosotros o solicitar una apelación estatal.

Llame al: 651-431-2660 o al 800-657-3729 (esta llamada es gratuita) o 711 (TTY), o use su servicio de retransmisión preferido.
El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 am a 4:30 pm

O bien,

Escriba a: Ombudsperson for Public Managed Health Care Programs
PO Box 64249
St. Paul, MN 55164-0249

Envíe un fax al: 651-431-7472

Sección 14. Definiciones

Estos son los significados de algunas palabras en este Manual del Miembro.

Acción: esto incluye:

- denegación o autorización limitada del tipo o nivel de servicio,
- reducción, suspensión o interrupción de un servicio que fue aprobado antes,
- denegación de todo o parte del pago de un servicio,
- no proporcionar servicios en un período razonable,
- no actuar dentro de los plazos exigidos para quejas y apelaciones,
- denegación de la solicitud de un miembro para obtener servicios fuera de la red para los miembros que viven en un área rural con un solo plan de salud,

Anestesia: medicamentos que lo hacen quedarse dormido para una operación.

Apelación estatal (audiencia imparcial estatal): es su solicitud para que el estado revise una decisión que tomamos. Debe solicitar una audiencia por escrito. Su proveedor puede solicitar una apelación estatal con su consentimiento por escrito. Puede solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquiera de los siguientes:

- una denegación, terminación o reducción de servicios
- inscripción en el Plan
- denegación de todo o parte del pago de un servicio
- que no actuemos dentro de los plazos exigidos para autorizaciones previas y apelaciones,
- cualquier otra acción.

Apelación: una forma de impugnar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura si presenta una apelación por escrito u oral.

Área de servicio: el área donde una persona debe vivir para poder convertirse o permanecer como miembro del plan. Póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente en el número de teléfono de la Sección 1 para obtener detalles sobre el área de servicio.

Atención ambulatoria hospitalaria: atención en un hospital que generalmente no requiere una estadía de una noche.

Atención de enfermería especializada: atención o tratamiento que solo puede ser realizado por enfermeros con licencia.

Atención médica en el hogar: servicios de atención médica para una enfermedad o lesión que se brinda en el hogar o en la comunidad donde las actividades normales de la vida llevan al miembro.

Atención necesaria de urgencia: atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia pero que necesita atención de inmediato. Esto también se conoce como atención de urgencia.

Atención/Servicios de emergencia: servicios cubiertos que son brindados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica. Esto también se llama atención en la sala de emergencias.

Autorización de servicio: nuestra aprobación que se necesita para algunos servicios antes de obtenerlos. Esto también se conoce como preautorización o autorización previa.

Autorización permanente: consentimiento por escrito de nuestra parte para acudir a un especialista fuera de la red más de una vez (para atención continua).

Autorización previa: nuestra aprobación que se necesita para algunos servicios antes de obtenerlos. Esto también se conoce como preautorización o autorización de servicio.

Clínica de atención primaria: la clínica de atención primaria (PCC) que elija para su atención de rutina. Esta clínica le proporcionará la mayor parte de su atención.

Cobertura de medicamentos recetados: un plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos recetados. También consulte “Programa de medicamentos recetados de Medicare”.

Competencia cultural: la competencia cultural y lingüística es la capacidad de las organizaciones de atención administrada y los proveedores dentro de su red para brindar atención a los miembros con diversos valores, creencias y comportamientos, y para adaptar la prestación de atención para satisfacer las necesidades sociales, culturales y lingüísticas de los miembros. El objetivo final es un sistema de prestación de atención médica y una fuerza laboral que pueda brindar la más alta calidad de atención a cada paciente, independientemente de su raza, etnia, antecedentes culturales, dominio del idioma, alfabetización, edad, género, orientación sexual, discapacidad, religión o estado socioeconómico.

Copago: una cantidad fija que puede pagar como su parte del costo cada vez que reciba ciertos servicios, suministros o medicamentos recetados. Los copagos generalmente se pagan en el momento en que se proporcionan los servicios, suministros o medicamentos recetados. Por ejemplo, puede pagar entre \$1 y \$3.50 por servicios, suministros o medicamentos recetados.

Costos compartidos: montos que usted puede ser responsable de pagar por sus servicios médicos. Consulte la Sección 6 para obtener más información sobre los costos compartidos.

Cuidados paliativos: un programa especial para miembros que tienen una enfermedad terminal y no se espera que vivan más de seis meses para vivir cómodamente por el resto del tiempo del miembro. Ofrece servicios especiales para el miembro y su familia. Esto también se conoce como Servicios en un centro de cuidados paliativos.

Cuidados posteriores a la estabilización: un servicio hospitalario necesario para ayudar a que las afecciones de una persona se mantengan estables después de recibir atención de emergencia. Comienza cuando el hospital solicita nuestra aprobación para la cobertura. Continúa hasta que: la persona es dada de alta; nuestro proveedor de atención médica calificado de la red del Plan comienza la atención; o nosotros, el hospital y el proveedor de atención médica calificado llegamos un acuerdo diferente.

Denegación, terminación o reducción (DTR) (aviso de acción): un formulario o carta que le enviamos para informarle sobre una decisión que tomamos sobre un reclamo, servicio o cualquier otra acción que tomamos.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida de la función de una parte del cuerpo o podría causar daños físicos o mentales graves. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o dolor intenso. Esto también se llama afección médica de emergencia.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico que es indicado por su médico para su uso en el hogar. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, equipos y suministros de oxígeno.

Especialista: un médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica.

Estados Unidos: a los efectos de este Manual del miembro, los Estados Unidos incluyen los cincuenta estados, el Distrito de Columbia, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte.

Estudio de revisión externa de la calidad: un estudio sobre cómo UCare proporciona calidad, oportunidad y acceso a la atención. Este estudio es externo e independiente.

Estudio o ensayo clínico: una prueba de estudio médico calificada que: está sujeta a una revisión de pares definida; es patrocinada por un programa de investigación clínica que cumple con las reglas federales y estatales y los estándares aprobados; y cuyos resultados reales se informan.

Exámenes para niños y adolescentes (C&TC): un programa de atención médica de visitas de niño sano para miembros menores de 21 años. Incluye exámenes de detección para detectar problemas de salud. También incluye referencias para diagnóstico y tratamiento, si es necesario.

Familias y Niños: el nombre del Programa de Asistencia Médica Prepagada (PMAP) en el que se encuentra.

Formulario: la lista de medicamentos cubiertos por el Plan.

Hospitalización: atención en un hospital que requiere ingreso como paciente hospitalizado y generalmente requiere una estadía de una noche.

Hospitalización: una estadía en un hospital o centro de tratamiento que generalmente dura 24 horas o más.

Manual del Miembro: este es el documento que está leyendo. Este documento le indica qué servicios están cubiertos por el Plan. Le dice lo que debe hacer para obtener servicios cubiertos. Le dice cuáles son sus derechos y responsabilidades. También le dice cuáles son nuestros derechos y responsabilidades.

Médicamente necesario: esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ir a un hospital o hogar de ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. La atención médicamente necesaria es apropiada para su afección. Esto incluye atención relacionada con condiciones físicas y salud conductual (incluyendo salud mental y trastorno por abuso de sustancias). Incluye el tipo y el nivel de servicios. Incluye el número de tratamientos. También incluye dónde obtiene los servicios y cuánto tiempo continúan. Los servicios médicamente necesarios deben:

- Ser servicios, suministros y medicamentos recetados que otros proveedores normalmente ordenarían.
- Ayudarle a mejorar o a mantenerse tan bien como está.
- Ayudar a evitar que su afección empeore.
- Ayudar a prevenir o encontrar problemas de salud.

Medicare: el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más. También es para algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal.

Miembro: una persona que recibe servicios a través de un determinado programa, como un Programa de Atención Médica de Minnesota o Medicare.

Niño: miembro menor de 21 años.

Ombudsperson para Programas Públicos de Atención Médica Administrada: una persona en el De Salud y Servicios Humanos de Minnesota que puede ayudarle con problemas de acceso, servicio o facturación. El Ombudsperson también puede ayudarlo a presentar una queja o apelación o a solicitar una apelación estatal (audiencia justa con el estado).

Pago por servicio (FFS): un método de pago para los servicios de salud. El proveedor médico factura directamente al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS). El DHS paga al proveedor por los servicios médicos. Este método se usa cuando usted es elegible para los Programas de Atención Médica de Minnesota pero no está inscrito en un plan de salud.

Plan de incentivos para médicos: acuerdos de pago especiales entre nosotros y el médico o grupo de médicos que pueden afectar el uso de las derivaciones. También puede afectar a otros servicios que pueda necesitar.

Plan de medicamentos recetados de Medicare: un plan de seguro que ofrece beneficios de medicamentos del Programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare).

Plan: una organización que tiene una red de médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de atención para ayudarlo.

Planificación familiar: información, servicios y suministros que ayudan a una persona a decidir sobre tener hijos. Estas decisiones incluyen elegir tener un hijo, cuándo tener un hijo o no tener un hijo.

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura de salud o medicamentos recetados.

Programa de Asistencia Médica Prepagada (Prepaid Medical Assistance Program, PMAP): un programa en el que el estado contrata planes de salud para cubrir y administrar los servicios de atención médica para los afiliados de Asistencia Médica (Medicaid).

Programa de beneficiarios restringidos (RRP): un programa para miembros que han recibido atención médica y no han seguido las reglas o han hecho un mal uso de los servicios. Si está en este programa, debe obtener servicios de salud de un proveedor de atención primaria designado, una farmacia, un hospital u otro proveedor de atención primaria designado. Debe hacer esto durante al menos 24 meses de elegibilidad para los Programas de Atención Médica de Minnesota. Los miembros de este programa que no sigan las reglas del programa deberán continuar en el programa durante 36 meses adicionales.

Programa de medicamentos recetados de Medicare: el beneficio de medicamentos recetados para los miembros de Medicare. A veces se llama Parte D de Medicare. La cobertura de medicamentos se proporciona a través de un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Proveedor de atención primaria: su proveedor de atención primaria (PCP) es el médico u otro proveedor de atención médica calificado al que acude en su clínica de atención primaria. Esta persona administrará su atención médica.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no es empleado, dueño ni operado por nuestro plan y que no está bajo contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Esto también se conoce como un proveedor no participante.

Proveedor: un profesional de la salud calificado o un centro aprobado por la ley estatal para brindar atención médica.

Proveedores de la red: proveedores que han acordado trabajar con el plan de salud y aceptar nuestro pago y no cobrar a los miembros una cantidad adicional. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedor de la red para recibir servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan proveedores del plan o proveedores participantes.

Queja sobre la calidad de la atención: A los efectos de este manual, “queja sobre la calidad de la atención” significa una insatisfacción expresada con respecto a los servicios de atención médica que resulta en un daño potencial o real a un miembro. Las quejas sobre la calidad de la atención pueden incluir: acceso, competencia del proveedor y del personal; idoneidad clínica de la atención; comunicaciones; comportamiento; instalaciones y consideraciones ambientales; y otros factores que podrían afectar la calidad de los servicios de atención de la salud.

Recetas: Medicamentos y fármacos indicados por un proveedor médico.

Reclamo: una queja que usted hace sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red o farmacias. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención.

Red: nuestros proveedores de atención médica contratados para el Plan.

Segunda opinión: si no está de acuerdo con una opinión que recibe de un proveedor de la red del Plan, tiene derecho a obtener una opinión de otro proveedor. Pagaremos por esto. Para los servicios de salud mental, la segunda opinión puede ser de un proveedor fuera de la red. Para servicios para trastornos por abuso de sustancias, la segunda opinión será de un evaluador calificado diferente que no necesita estar en la red del Plan. Debemos considerar la segunda opinión, pero no tenemos que aceptar una segunda opinión para el trastorno por uso de sustancias o los servicios de salud mental.

Servicio de investigación: un servicio que no ha demostrado ser seguro y eficaz.

Servicio experimental: un servicio que no ha demostrado ser seguro y eficaz.

Servicios cubiertos: los servicios de atención médica que son elegibles para el pago.

Servicios de acceso abierto: la ley federal y estatal le permite elegir cualquier proveedor de atención médica calificado, clínica, hospital o farmacia, o agencia de planificación familiar, incluso si no está en nuestra red, para recibir estos servicios.

Servicios de acceso directo: puede usar cualquier proveedor de la red del plan para recibir estos servicios. No necesita una referencia o autorización previa de su PCP o PCC antes de recibir servicios.

Servicios de estabilización de vivienda: servicios para ayudar a las personas con discapacidades, incluidas las enfermedades mentales y el trastorno por abuso de sustancias, y a las personas mayores a encontrar y mantener la vivienda. El propósito de estos servicios es apoyar la transición de una persona a la vivienda, aumentar la estabilidad a largo plazo en la vivienda en la comunidad y evitar futuros períodos de falta de vivienda o institucionalización.

Servicios excluidos: servicios que el plan no paga. La Asistencia Médica (Medicaid) tampoco pagará por ellos.

Servicios fuera de la red: atención médica proporcionada a un miembro por un proveedor que no forma parte de la red del plan.

Servicios fuera del área: atención médica proporcionada a un miembro por un proveedor fuera de la red fuera del área de servicio del plan.

Servicios hospitalarios ambulatorios: servicios prestados en un hospital o centro ambulatorio que no están en un nivel de atención hospitalaria. Estos servicios también pueden estar disponibles en su clínica u otro centro de salud.

Servicios médicos: servicios proporcionados por una persona con licencia bajo la ley estatal para practicar la medicina o la osteopatía. Servicios de atención médica que un médico con licencia (M.D., Médico, o D.O., Doctor en Medicina Osteopática) proporciona o coordina.

Servicios preventivos: servicios que lo ayudan a mantenerse saludable, como exámenes físicos de rutina, vacunas y atención para personas sanas. Estos servicios ayudan a encontrar y prevenir problemas de salud. El seguimiento de las afecciones que se han diagnosticado (como un chequeo de diabetes) **no** es un servicio preventivo.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: el tratamiento y el equipo que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante.

Subrogación: nuestro derecho a cobrar dinero en su nombre de otra persona, grupo o compañía de seguros. Tenemos este derecho cuando obtiene cobertura médica bajo este Plan para un servicio que está cubierto por otra fuente o pagador externo.

Transporte médico de emergencia: servicios de ambulancia para una afección médica de emergencia.

Trastorno por abuso de sustancias: consumir alcohol o drogas de una manera que lo perjudique.

Sección 15. Información adicional

Programas educativos de salud y bienestar

Para los miembros elegibles, UCare ofrece programas para mejorar su salud y bienestar. Para obtener una lista completa de nuestros programas, visite ucare.org/healthwellness.

- Obtenga ayuda para dejar de fumar, masticar tabaco y vapear a través del entrenamiento con la Línea para dejar de fumar y nicotina.

Programas de actividad física

- Kits de LivingWell Kid diseñados para que los miembros de 17 años o menos vivan bien y se sientan bien. Elegible para un kit por año.
- Ahorros del Club de Salud para miembros mayores de 18 años. Reciba un reembolso mensual en las cuotas de membresía del club de salud cuando visite el club de salud al menos 12 veces por mes calendario.

Descuentos

- Descuentos de educación comunitaria en clases elegibles a través de los distritos escolares locales.
- Ahorre en alimentos saludables precalificados que incluyen leche, carnes magras, huevos, frutas, verduras y más con el programa Healthy Savings. Descargue la aplicación gratuita, escanéelo al momento de pagar y obtenga un descuento instantáneo.

Healthy Savings es una marca registrada de Solutran, Inc.

Apoyo para el embarazo y los nuevos padres

UCare ofrece una variedad de servicios para ayudar a las miembros que están embarazadas o en período posparto y a las familias jóvenes. Estos incluyen:

- Extractores de leche y recursos para ayudar con la lactancia materna para las nuevas madres.
- Educación sobre seguridad de asientos para automóviles y asientos de automóvil sin costo de UCare a través de nuestro programa de Asientos, Educación y Seguridad en viajes (Seats, Education And Travel Safety, SEATS). Para miembros elegibles que están embarazadas o niños menores de 8 años.
- Folleto Caring for your baby y recursos que le ayudan a mantener a su hijo saludable desde el nacimiento hasta los dos años.
- Clases de educación relacionada con el parto, la lactancia materna y el embarazo.
- Programa de gestión de servicios de maternidad (Management of Maternity Services, MOMS) para apoyar a las mujeres embarazadas a mantenerse saludables durante y después del embarazo.

Para obtener más información sobre estos programas, visite ucare.org/healthwellness o llame al Servicio al Cliente de UCare al 612-676-3200 o 1-800-203-7225, de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes. O llame a nuestro número TTY al 612-676-6810 o al 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita).

Visitas virtuales o eVisits

Visitas electrónicas sin costo o visitas virtuales a través de Virtuwell:

UCare ofrece visitas virtuales (en línea) ilimitadas sin costo a través de virtuwell.com o [Fairview myChart](https://fairviewmychart.com). Las visitas virtuales están disponibles en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin necesidad de cita. Puede acceder a la atención sin salir de su casa y recoger cualquier medicamento recetado enviado a la farmacia de su red.

Manejo de enfermedades

Educación y apoyo para comprender y manejar mejor su salud. Obtenga ayuda para manejar sus afecciones de salud a través de los programas de manejo de enfermedades de UCare. Ofrecemos una variedad de programas y formas de participar, incluyendo programas telefónicos, de telemonitoreo y de aplicaciones basadas en teléfono. Además, los participantes reciben herramientas para ayudar a establecer y cumplir metas personales de salud. ¡Comience su viaje de salud hoy!

- **Programa de educación sobre el asma (adultos y niños):** educación personalizada por teléfono para ayudarlo a conocer y controlar sus desencadenantes, síntomas y medicamentos para el asma. Repasará su Plan de acción para el asma y aprenderá cuándo buscar consejo o atención médica para su asma.
 - Reciba educación sobre asma o diabetes mediante respuesta de voz interactiva (Interactive Voice Response, IVR) o mensajes de texto en su teléfono. ¡Escuche su IVR o lea su educación por mensaje de texto en un momento que sea conveniente para usted!
- **Capacitación de salud para diabetes, insuficiencia cardíaca y migraña (adultos):** capacitación de salud personalizada por teléfono de un entrenador de salud que entiende su condición y cómo afecta la vida diaria. El entrenador de salud trabajará con usted para desarrollar, evaluar y ajustar sus objetivos de salud. Los objetivos del programa son que usted autogestione su afección y mejore su salud y bienestar en general.
 - Diabetes: reciba educación sobre diabetes mediante respuesta de voz interactiva (Interactive Voice Response, IVR) o mensajes de texto en su teléfono. ¡Escuche su IVR o lea su educación por mensaje de texto en un momento que sea conveniente para usted!
 - Insuficiencia cardíaca: telemonitoreo diario con apoyo de enfermería para ayudar con el autocontrol de su afección crónica.
- **Diabetes e hipertensión:** controle su diabetes o presión arterial desde su teléfono con educación y recordatorios para ayudarlo a controlar su salud. La aplicación le permite chatear con dietistas y expertos en salud en tiempo real para obtener el apoyo que necesita, siempre que lo necesite.

Para obtener más información sobre estos programas, visite ucare.org/healthwellness o llame al Equipo de manejo de enfermedades de UCare al 866-863-8303 (esta llamada es gratuita). O llame a nuestro número TTY al 800-688-2534 (esta llamada es gratuita).

Preguntas y respuestas sobre las directivas de atención médica

Ley de Minnesota

La ley de Minnesota le permite informar a otros sobre sus deseos de atención médica. Usted tiene el derecho de declarar sus deseos o designar a un agente por escrito para que otros sepan lo que usted quiere si no puede decirles debido a una enfermedad o lesión. La información que sigue habla sobre las directivas de atención médica y cómo prepararlas. No da todos los detalles de la ley.

¿Qué es una directiva de atención médica?

Una directiva de atención médica es un documento escrito que informa a otros de sus deseos sobre su atención médica. Le permite nombrar a una persona (“agente”) para que decida por usted en caso de que usted no pueda hacerlo. También le permite nombrar a un agente si desea que otra persona decida por usted. Debe tener al menos 18 años para hacer una directiva de atención médica.

¿Por qué tener una directiva de atención médica?

Una directiva de atención médica es importante si su médico tratante determina que no puede comunicar sus opciones de atención médica (debido a una incapacidad física o mental). También es importante si desea que otra persona tome sus decisiones de atención médica. En algunas circunstancias, su directiva puede indicar que desea que alguien que no sea un médico tratante decida cuándo no puede tomar sus propias decisiones.

¿Debo tener una directiva de atención médica? ¿Qué pasa si no tengo una?

No es necesario que tenga una directiva de atención médica. Pero redactar una ayuda a asegurarse de que se cumplan sus deseos. Recibirá tratamiento médico de todas formas si no tiene una directiva por escrito.

Los proveedores de atención médica escucharán lo que las personas cercanas a usted dicen sobre sus preferencias de tratamiento, pero la mejor manera de asegurarse de que se sigan sus deseos es tener una directiva de atención médica.

¿Cómo hago una directiva de atención médica?

Existen formularios para las directivas de atención médica. No tiene que usar un formulario, pero su directiva de atención médica debe cumplir con los siguientes requisitos para ser legal:

- Estar por escrito y fechada.
- Indicar su nombre.
- Estar firmada por usted o alguien a quien usted autorice a firmar por usted, cuando pueda entender y comunicar sus deseos de atención médica.
- Hacer que un escribano público o dos testigos verifiquen su firma.

- Incluir el nombramiento de un agente para que tome decisiones de atención médica en su nombre o instrucciones sobre las opciones de atención médica que desea elegir.

Antes de preparar o revisar su directiva, debe hablar de sus deseos de atención médica con su médico u otro proveedor de atención médica. Puede encontrar información sobre cómo obtener formularios para la preparación de su directiva de atención médica al final de este documento, en “Cómo obtener información adicional”.

Preparé mi directiva en otro estado. ¿Sigue siendo válido?

Las directivas de atención médica preparadas en otros estados son legales si cumplen con los requisitos de las leyes del otro estado o los requisitos de Minnesota. Pero las solicitudes de suicidio asistido no serán atendidas.

¿Qué puedo poner en una directiva de atención médica?

Usted tiene muchas opciones de qué poner en su directiva de atención médica. Por ejemplo, puede incluir:

- La persona en la que confía como su agente para tomar decisiones de atención médica por usted. Puede nombrar agentes alternativos en caso de que el primer agente no esté disponible, o agentes conjuntos.
- Sus metas, valores y preferencias sobre el cuidado de la salud.
- Los tipos de tratamiento médico que desearía (o no querría).
- Cómo desea que su agente o agentes decidan.
- Dónde desea recibir atención.
- Instrucciones sobre nutrición e hidratación artificial.
- Tratamientos de salud mental que utilizan terapia de electrochoque o medicamentos neurolépticos.
- Instrucciones si está embarazada.
- Donación de órganos, tejidos y ojos.
- Coordinación de su funeral.
- A quién le gustaría como su tutor o curador si hay una acción judicial.

Puede ser tan específico o general como desee. Puede elegir qué problemas o tratamientos tratar en su directiva de atención médica.

¿Hay algún límite a lo que puedo poner en mi directiva de atención médica?

Hay algunos límites sobre lo que puede poner en su directiva de atención médica. Por ejemplo:

- Su agente debe tener al menos 18 años.

- Su agente no puede ser su proveedor de atención médica, a menos que el proveedor de atención médica sea un miembro de la familia o usted dé razones para el nombre del agente en su directiva.
- No puede solicitar tratamiento de atención médica que esté fuera de la práctica médica razonable.
- No puede solicitar el suicidio asistido.

¿Cuánto tiempo dura una directiva de atención médica? ¿Puedo cambiarlo?

Su directiva de atención médica dura hasta que la cambie o cancele. Siempre que los cambios cumplan con los requisitos de la directiva de atención médica enumerados anteriormente, puede cancelar su directiva por cualquiera de los siguientes:

- Una declaración escrita diciendo que desea cancelarlo.
- Destruyéndola.
- Decirles al menos a otras dos personas que quiere cancelarla.
- Redactar una nueva directiva de atención médica.

¿Qué pasa si mi proveedor de atención médica se niega a seguir mi directiva de atención médica?

Su proveedor de atención médica generalmente seguirá su directiva de atención médica, o cualquier instrucción de su agente, siempre y cuando la atención médica siga una práctica médica razonable. Pero usted o su agente no pueden solicitar un tratamiento que no le ayude o que el proveedor no pueda proporcionar. Si el proveedor no puede seguir las instrucciones de su agente sobre el tratamiento de soporte vital, el proveedor debe informar al agente. El proveedor también debe documentar el aviso en su registro médico.

El proveedor debe permitir que el agente haga arreglos para transferirlo a otro proveedor que seguirá las instrucciones del agente.

¿Qué pasa si ya he preparado un documento de atención médica? ¿Sigue siendo válido?

Antes del 1 de agosto de 1998, la ley de Minnesota preveía varios otros tipos de directivas, incluidos testamentos en vida, poderes notariales de atención médica duradera y declaraciones de salud mental. La ley cambió para que las personas puedan usar un formulario para todas sus instrucciones de atención médica. Los formularios creados antes del 1 de agosto de 1998 siguen siendo legales si siguen la ley vigente cuando se escribieron. También son legales si cumplen con los requisitos de la nueva ley (descrita anteriormente). Es posible que desee revisar cualquier documento existente para asegurarse de que digan lo que desea y cumplan con todos los requisitos.

¿Qué debo hacer con mi directiva de atención médica después de haberla firmado?

Debe informar a otros de su directiva de atención médica y dar a las personas copias de ella. Es posible que desee informar a los miembros de la familia, a su agente o agentes de atención médica y a sus proveedores de atención médica que tiene una directiva de atención médica. Debe darles una copia. Es una buena idea revisar y actualizar su directiva a medida que cambian sus necesidades. Manténgala en un lugar seguro donde se encuentre fácilmente.

¿Qué pasa si creo que un proveedor de atención médica no ha seguido los requisitos de la directiva de atención médica?

Las quejas de este tipo se pueden presentar ante la Oficina de Quejas sobre Centros de Salud al 651-201-4200 o 800-369-7994 (esta llamada es gratuita). Los usuarios de TTY deben llamar al 651-201-5797. O envíe por correo electrónico: health.ohfc-complaints@state.mn.us.

¿Qué pasa si creo que un plan de salud no ha seguido los requisitos de la directiva de atención médica?

Las quejas de este tipo se pueden presentar ante Atención Administrada de MDH al 651-201-5176 o al 888-345-0823 (esta llamada es gratuita). Los usuarios de TTY deben llamar al 651-201-5797. Correo electrónico: health.mcs@state.mn.us.

Cómo obtener información adicional

Si desea obtener más información sobre las directivas de atención médica, comuníquese con su proveedor de atención médica, su abogado o la Línea de enlace para personas mayores de la Minnesota Board on Aging's Senior LinkAge Line® al 800-333-2433. TTY: servicio de retransmisión de Minnesota al 711 o al 800-627-3529. Estas llamadas son gratuitas. Un formulario de directiva de atención médica sugerido está disponible en Internet en ucare.org/advance-directives.

Cómo UCare evalúa las nuevas tecnologías

Si su proveedor recomienda una nueva tecnología que actualmente no está cubierta, UCare tiene un proceso para evaluar las nuevas tecnologías. Cuando las nuevas tecnologías ingresan al mercado (dispositivos, procedimientos o medicamentos), los comités clínicos y de calidad de UCare y los directores médicos investigan y revisan cuidadosamente las nuevas tecnologías antes de determinar su necesidad médica o idoneidad. Utilizamos información recabada de muchas fuentes en nuestros esfuerzos de evaluación, incluyendo Hayes, Inc. Technology Assessment Reports, literatura médica revisada por pares publicada, declaraciones de consenso y pautas de asociaciones nacionales y sociedades de médicos especializados, al Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA), otros organismos regulatorios y fuentes de expertos externas.

Autorización y notificación

UCare quiere que usted reciba la mejor atención para sus necesidades. Una de las formas en que lo hacemos es trabajando con su médico para revisar algunos servicios y procedimientos. El Manual del Miembro dice qué atención o servicios requieren notificación o autorización de UCare. Esta lista puede cambiar. Algunos ejemplos incluyen cirugía de columna vertebral y atención médica en el hogar.

Notificación

Los hospitales deben notificar a UCare si usted es ingresado en un hospital, un centro de atención de largo plazo (LTCA) o un centro de enfermería especializada (SNF). El equipo clínico de UCare coordina entonces con sus médicos para asegurarse de que reciba la atención que necesita. UCare también puede programar la atención posterior al hospital si es necesario.

Autorización

Algunos servicios requieren la aprobación de UCare. Esta aprobación debe ocurrir antes, durante o poco después de que se complete el servicio. Su proveedor es responsable de obtener la aprobación. Esto es cierto para los proveedores de la red de UCare y los proveedores fuera de la red.

La preautorización o revisión previa al servicio, significa que antes de recibir el servicio, su proveedor debe proporcionar información a UCare y solicitar la aprobación. Si se requiere aprobación previa para ese servicio, solo se cubrirá si se concede la aprobación.

La revisión urgente y la revisión simultánea con frecuencia tienen lugar durante una estadía en un LTAC o LTAC. Esto le da a UCare la oportunidad de revisar su plan de atención. Durante la revisión, UCare verá si parte de su atención podría necesitar ser extendida o si se necesitará una atención diferente.

La revisión posterior al servicio es necesaria si el médico no solicitó la revisión previa al servicio. Es posible que su reclamo se haya denegado inicialmente porque se requería autorización para la cobertura. Su médico debe proporcionar información a UCare para su revisión. El equipo clínico de UCare revisará su plan de atención para asegurarse de que obtenga la cobertura a la que tiene derecho como miembro de UCare.

Para tomar una decisión de cobertura, el equipo clínico de UCare evalúa si el servicio es médicamente necesario, apropiado y eficaz para su necesidad.

Si rechazamos una solicitud hecha por usted o su médico, usted o su médico pueden apelar nuestra decisión. Cuando usted presenta una apelación, usted o su médico pueden presentar documentación adicional. Los médicos revisan las solicitudes de apelación contra la evidencia médica actual y su plan de beneficios. Si denegamos su apelación, se le dará información sobre cómo presentar una apelación de segundo nivel.

Para obtener más información, vaya a **ucare.org**.



PO Box 52
Minneapolis, MN 55440-0052

612-676-3200 o al 1-800-203-7225 (esta llamada es gratuita)
TTY: 612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita)
De lunes a viernes de 8 am a 5 pm

[ucare.org](https://www.ucare.org)

U2545 (11/2022) © 2022 UCare. Todos los derechos reservados.