



Le damos la bienvenida a la comunidad

Manual del miembro de CHP+ de Rocky Mountain Health Plans

Child Health Plan Plus (CHP+) y Programa Prenatal de CHP+

Condados de Colorado: oeste de Colorado

Actualización: enero de 2023

United
Healthcare
Community Plan


**ROCKY MOUNTAIN
HEALTH PLANS®**
A UnitedHealthcare Company

Índice

Comuníquese con Rocky Mountain Health Plans	5
Cómo comunicarse con Rocky Mountain Health Plans	5
Bienvenido a Rocky Mountain Health Plans	7
Cómo podemos ayudarlo	7
¿Tiene alguna pregunta o necesita ayuda con su atención de la salud?	9
Números de teléfono y enlaces importantes de la comunidad	10
Números de teléfono importantes	10
Sitios web importantes	10
Información para nuevos miembros	11
Soy un nuevo miembro. ¿Qué hago ahora?	11
¿Cuánto dura la cobertura del Programa Prenatal de CHP+?	11
La importancia de un hogar médico	13
Cómo pueden ayudarlo su médico de cabecera (PCP) y su hogar médico	13
Cómo cambiar de PCP	14
Proveedores de la red	14
Resumen de beneficios cubiertos	15
Copagos (costo compartido)	17
Límite anual de gastos de bolsillo	21
Exención de responsabilidad	21
Cuándo se le pueden facturar servicios	21
Tarjeta de identificación de miembro de RMHP (tarjeta de identificación)	22
Actualización de la dirección postal	23
Membresía	24
Proceso de inscripción	24
Elegibilidad presunta	24
Cuándo comienza la cobertura de RMHP	24

2 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Proceso de renovación	25
Política de finalización de la cobertura	25
Cuándo finaliza su cobertura de CHP+	26
Inscripción del recién nacido	27
Derechos y responsabilidades de los miembros	27
Cómo recibir atención	29
Su médico o proveedor de atención primaria es importante	29
Acerca de los proveedores de atención médica que trabajan con RMHP	30
Rocky Mountain Health Plans cuenta con personas que lo pueden ayudar	33
Su derecho a tomar decisiones de atención de la salud; instrucciones anticipadas	35
Servicios cubiertos	38
Servicios de audiología	38
Servicios dentales	39
Atención de emergencia y de urgencia/fuera del horario de atención	41
Planificación familiar/salud reproductiva	45
Atención médica domiciliaria/terapia de infusión domiciliaria	46
Cuidados para enfermos terminales	48
Servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos	50
Servicios hospitalarios; servicios del hospital y servicios profesionales complementarios	54
Atención de maternidad y del recién nacido	58
Suministros y equipos médicos	60
Atención de salud mental	63
Servicios de nutrición y alimentación	66
Servicios ambulatorios	68
Medicamentos recetados	71
Servicios de atención preventiva	75
Atención de abuso de sustancias para la adicción al alcohol o a las drogas	78
Terapia: terapias ambulatorias (fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional)	80
Ayuda para dejar de fumar	82
Transporte; servicios de ambulancia	82
Servicios oftalmológicos	84

Exclusiones y limitaciones generales	85
Información administrativa e información adicional	93
Información administrativa	93
Decisiones sobre beneficios cubiertos	96
Entorno adecuado y autorización previa	97
Revisión retrospectiva de reclamaciones	98
Otros seguros, coordinación de beneficios y subrogación	99
Otros seguros médicos	99
Accidentes de trabajo	100
Disposiciones sobre seguros de automóviles	100
Responsabilidad de terceros; subrogación	101
Pago de reclamaciones	102
Sobrepagos	104
Quejas, apelaciones y reclamos; inquietudes sobre la calidad de la atención	105
Sección A: Apelar una decisión adversa	106
Sección B: Presentar un reclamo	107
Sección C: Revisión del estado	109
Sus derechos durante una revisión del estado	110
Sección D: Inquietudes sobre la calidad de la atención	110
Glosario	111
Avisos del plan de salud sobre prácticas de privacidad	128

Si necesita ayuda con la información en este documento incluida la traducción oral/escrita, un formato diferente (como letra grande), o un archivo de audio, podemos ayudarle sin costo. Puede obtener ayuda llamando a Rocky Mountain Health Plans (RMHP) al 877-668-5947 o al servicio de retransmisión estatal 711 para personas con discapacidad auditiva o del habla.

4 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Comuníquese con Rocky Mountain Health Plans

Si tiene una pregunta, necesita ayuda con la atención de la salud o tiene una necesidad especial, comuníquese con nosotros. Estamos aquí para ayudarle.

Este Manual del miembro contiene información sobre cómo funciona su plan de salud. Tiene a su disposición una copia de su Manual del miembro de CHP+ de Rocky Mountain Health Plans (RMHP) cuando la solicite. Puede solicitar a Servicios para Miembros que le envíen una copia por correo sin costo en el plazo de 5 días hábiles, o puede encontrar una copia en uhccp.com/CO o en el sitio web seguro para miembros myuhc.com/communityplan. Si quiere que alguien le explique algo de este manual, llámenos para que podamos ayudarlo.

Cómo comunicarse con Rocky Mountain Health Plans

Llame a Servicios para Miembros al 1-877-668-5947 (línea gratuita), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., o visítenos en la web en uhccp.com/CO para obtener más información sobre sus beneficios, cómo encontrar proveedores, autorizaciones, cómo presentar una reclamación y más.

Para asistencia en español, llame al 1-877-668-5947.

Hay representantes de Servicio al Cliente que hablan español que están disponibles. Tenemos este libro en español.

– Para las personas que llaman y no hablan inglés ni español, RMHP proporciona servicios de interpretación sin costo alguno para los miembros. Díganos si necesita servicios de intérpretes o ayuda en otros idiomas.

Correo electrónico: rmhp_member_services@uhc.com

Usted entiende que cualquier correo electrónico que nos envíe fuera del portal MyUHC puede contener su información médica protegida. Ese correo electrónico se enviará sin cifrar. Cuando se envía un correo electrónico sin cifrar, puede existir el riesgo de que otra persona pueda leerlo. El contenido del correo electrónico no cifrado podría divulgarse.

Chat en línea: uhccp.com/CO, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. 5

TTY y discapacidad auditiva: Si es sordo, tiene problemas de audición o una discapacidad del habla, marque **711** para comunicarse con el servicio de retransmisión de Colorado. Puede utilizar este servicio las 24 horas del día, durante los 365 días del año. Este servicio ayuda a las personas con problemas de audición a comunicarse a través de un servicio especial patrocinado por el estado conocido como centro de retransmisión. Los operadores reciben las llamadas de los usuarios de TTY en sus propios dispositivos TTY. El operador transmitirá la información a una persona que escucha utilizando un teléfono. Cuando la persona que escucha responde, el operador de retransmisión escribe la respuesta en su teléfono TTY y envía la respuesta al usuario de TTY del otro lado de la línea. Si la persona que escucha necesita iniciar una llamada a un usuario de TTY, iniciará la conversación y el operador del centro de retransmisión marcará al dispositivo TTY de la persona con problemas de audición. El centro de retransmisión también puede ayudar a las personas con discapacidades del habla a comunicarse por teléfono.

Si necesita ayuda con la información que contiene este documento, incluida su traducción escrita/oral, o necesita la información en otro formato, como letra grande o como archivo de audio, podemos ayudarlo sin costo alguno. Puede obtener ayuda llamando a Rocky Mountain Health Plans (RMHP) al 877-668-5947 o al servicio de transmisión estatal al 711 para personas con discapacidades del habla o problemas de audición.

Tener CHP+ de RMHP es su elección. Puede cancelar su inscripción en este plan en cualquier momento y por cualquier motivo. Deberá comunicarse con el condado o la organización que procesó su solicitud de CHP+ e informarles que desea cancelar su inscripción. Si obtiene otro seguro, pasa a tener cobertura de Health First Colorado o se muda de Colorado, ya no será elegible para CHP+.

Este manual es una guía de sus beneficios de CHP+. Léalo detenidamente para familiarizarse con sus beneficios, incluidas las limitaciones y exclusiones. Pregúntenos si tiene alguna duda. Puede recibir este Manual del miembro en letra grande, en un idioma diferente o en otro formato que funcione para usted, sin costo alguno.

Bienvenido a Rocky Mountain Health Plans

Cómo podemos ayudarlo

Este manual brinda información sobre cómo Rocky Mountain Health Plans (RMHP), una compañía de UnitedHealthcare, puede ayudar con su salud y la de sus hijos. Este Manual del miembro de CHP+ explica cómo recibir atención médica y de la salud y cómo funciona este plan de salud, incluidas las limitaciones y exclusiones. Los servicios cubiertos incluyen servicios prenatales, médicos, conductuales, oftalmológicos y de salud bucal. Si hay cambios importantes, le informaremos por escrito 30 días antes de que el cambio entre en vigor. La información se le enviará por correo directo. También puede encontrar la información en nuestro sitio web. Esto incluye cambios en sus derechos, beneficios, copagos y cualquier otro cambio en los procedimientos que usted debe seguir como miembro de este plan.

Servicios para Miembros de CHP+ de RMHP:

Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Línea gratuita **1-877-668-5947**
TDD/TTY (para personas con problemas de audición) **711**
Chat en línea: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. **uhccp.com/CO**
Correo electrónico
(ver descargo de responsabilidad en la página 5) **rmhp_member_services@uhc.com**

Sus proveedores de salud

Asegúrese de completar los espacios en blanco, a fin de poder tener estos números listos.

Mi identificación de miembro: _____

Mi médico: _____

Número de teléfono de mi médico: _____

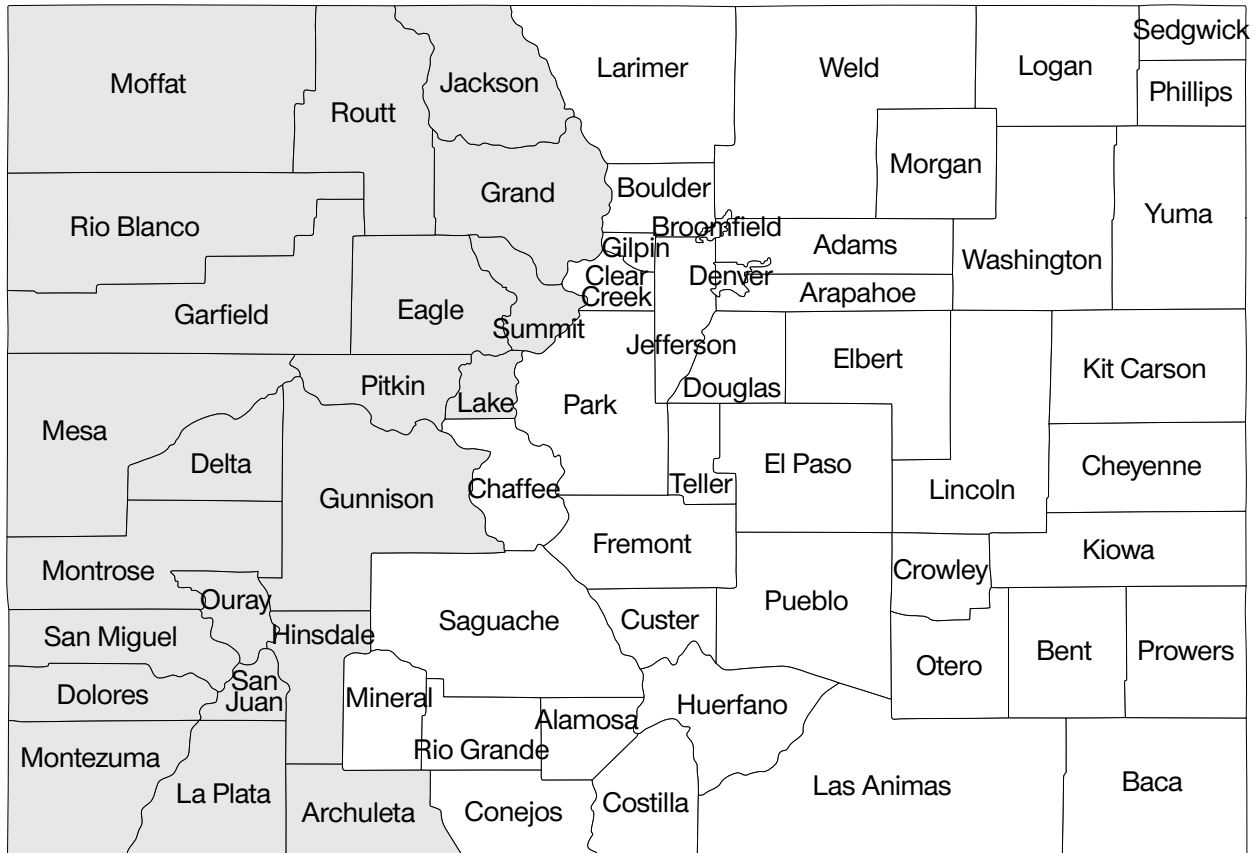
Dirección de mi médico: _____

Farmacia: _____

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. 7

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

RMHP reconoce la importancia de satisfacer las necesidades de nuestros miembros y nos esforzamos por proporcionar atención especializada para cada uno. Se hará todo lo posible para que la familia o el cuidador participen en el caso de los miembros que no puedan manejar sus propias decisiones de atención de la salud, incluidos los niños. RMHP proporciona formatos de medios alternativos para miembros con discapacidad auditiva o visual según sea necesario.



¿Tiene alguna pregunta o necesita ayuda con su atención de la salud?

Estamos aquí para ayudarlo y contactarnos es sencillo. Póngase en contacto con RMHP para encontrar respuestas a estas preguntas y mucho más.

¿No ha ido al médico en más de un año?

¿Necesita ayuda para encontrar un médico?

¿Necesita ayuda para recibir atención médica o de la salud?

¿Está confundido acerca de su atención de la salud?

¿Tiene una afección médica en curso?

¿Necesita ayuda con actividades de la vida diaria?

¿Es usted un ser querido, cuidador o familiar de alguien con necesidades de atención de la salud?

¿Fuma, bebe o consume drogas y desea ayuda?

¿Desea hablar con un terapeuta?

¿Desea conocer otros servicios de su comunidad que puedan ayudarlo?

¿Necesita ayuda con las actividades de planificación de la vida, como un plan de atención anticipado o instrucciones anticipadas?

¿Necesita información de atención de la salud en otro idioma o formato?

¿Necesita la información en letra grande?

¿Necesita la información en español? Para recibir asistencia en español, llame al **1-877-668-5947**.

Números de teléfono y enlaces importantes de la comunidad

Números de teléfono importantes

Llame al **211** para acceder fácilmente a información sobre salud y servicios humanos.

Llame al **911** para obtener asistencia de emergencia.

Servicio al Cliente de CHP+ de Colorado **800-359-1991**

Por preguntas sobre el programa CHP+ de Colorado. Este número es para todos los miembros de CHP+ de Colorado, independientemente de su plan de salud CHP+.

Elegibilidad e Inscripción de CHP+ de Colorado **888-367-6557**

Este número es para todos los miembros de CHP+ de Colorado, independientemente de su plan de salud CHP+.

Family Healthline **800-688-7777** (línea gratuita)

(Información sobre programas y recursos de atención de la salud)

Rocky Mountain Poison Center **800-332-3073**

DentaQuest (beneficios dentales de rutina de CHP+ para niños) **888-307-6561**

Colorado Quitline: ayuda para dejar de fumar **1-800-784-8669**

Sitios web importantes

uhccp.com/CO

Este sitio web contiene información sobre RMHP, incluidos los proveedores de RMHP, una copia electrónica de este Manual del miembro de CHP+ y mucho más. Puede solicitar que se le envíe cualquier parte de este material sin costo alguno. Se le enviará por correo postal en el plazo de 5 días hábiles de que lo solicite.

myuhc.com/communityplan

Inicie sesión o regístrese en el sitio web seguro para miembros MyUHC: myuhc.com/communityplan.

hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus

Este sitio web de CHP+ de Colorado ofrece información sobre beneficios, cómo solicitar el plan CHP+ y otra información para miembros de CHP+ y sus familias.

connectforhealthco.com

Si pierde la elegibilidad para CHP+ de Colorado y necesita un seguro médico, vaya a Connect for Health Colorado o comuníquese con RMHP para obtener ayuda.

colorado.gov/PEAK

Este sitio web, llamado PEAK, es una forma rápida y fácil para que las personas en Colorado soliciten programas de asistencia médica, alimentaria y en efectivo. Los miembros de CHP+ pueden crear una cuenta en PEAK para actualizar su información de contacto para CHP+.

10 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Información para nuevos miembros

Se envía la siguiente información por correo a los nuevos miembros:

Kit de bienvenida de Rocky Mountain Health Plans: su kit de bienvenida incluirá su tarjeta de identificación e incluirá información y recursos para ayudarlo a comprender algunos de sus beneficios. También muestra los diferentes niveles de copago de CHP+ para los miembros en función de su nivel de ingresos. La tarjeta de identificación contiene su nombre y su nivel de copago. Muestre esta tarjeta de identificación a los proveedores para que sepan a quién facturar por su atención.

El Manual del miembro y el directorio de proveedores más recientes de CHP+ se encuentran en uhccp.com/CO o en el sitio web seguro para miembros myuhc.com/communityplan, donde puede ver o imprimir estos documentos. También puede solicitar a Servicios para Miembros de RMHP que le envíen una copia por correo postal sin costo en el plazo de 5 días hábiles.

Soy un nuevo miembro. ¿Qué hago ahora?

Todos los años, debe consultar a un médico de atención primaria, aunque se sienta bien. Los médicos de atención primaria son pediatras, médicos de familia, obstetras y, para algunos niños mayores, médicos de medicina interna y ginecólogos. Este médico lo ayudará con los controles de salud y lo derivará a otros médicos o proveedores de atención médica cuando sea necesario.

¿Cuánto dura la cobertura del Programa Prenatal de CHP+?

En el caso de las mujeres embarazadas, la cobertura comienza en la fecha en que se recibe la solicitud en la oficina de CHP+, en un sitio de asistencia para solicitudes o en una oficina del condado, y dura 365 días contados a partir del último día del mes en que finalizó su embarazo.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. 11

1. Elegir a un médico de cabecera (PCP).

Recomendamos a todos los miembros de CHP+ que elijan un médico de cabecera (primary care provider, PCP). Este médico es a quien debe visitar para su control anual y a quien debe llamar cuando está enfermo. Este médico lo ayudará con los controles de salud y lo derivará a otros médicos o proveedores médicos cuando sea necesario.

Consulte el directorio de proveedores de RMHP. Si necesita una copia, visite uhccp.com/CO o llame a Servicios para Miembros. Si tiene un médico o proveedor de atención primaria, fíjese si esta clínica o este proveedor de atención médica está en la lista. Si no tiene un médico o una clínica a los que vaya, utilice la información del directorio para elegir un médico de cabecera.

2. ¿Qué médicos y clínicas me atenderán en virtud del Programa Prenatal de CHP+?

Para la atención prenatal, puede visitar a cualquier proveedor de atención prenatal dentro de la red. Para sus demás necesidades de atención médica, consulte a su médico de cabecera (PCP).

3. Programe una cita ahora con su PCP

Llame al consultorio del médico y programe una cita si no ha ido al consultorio en los últimos 12 meses o si está embarazada. Los niños deben ir al médico al menos una vez al año, y los niños más pequeños, incluso con mayor frecuencia. Es importante que vaya al médico cuando está bien para que el médico lo conozca y pueda ayudarlo cuando esté enfermo. Cuando se sienta mal, informe a su médico. Su médico lo atenderá o lo derivará a otros médicos y proveedores de atención médica que pueden ayudarlo. Si no puede acudir a una visita, llame e informe a su médico al menos un día antes de la visita programada.

4. ¿Necesita ayuda con sus necesidades de atención de la salud ahora?

Pida ayuda a RMHP. Trabajamos con médicos y personas de su comunidad que pueden ayudarlo.

5. Muestre su tarjeta de identificación de Rocky Mountain Health Plans

Se le envió por correo una tarjeta de identificación de miembro de RMHP. Muestre esta tarjeta de identificación cada vez que vaya al hospital, al médico o reciba medicamentos recetados. Esto le indicará a dónde deben enviar la factura. Si necesita otra tarjeta, pídasela a Servicios para Miembros u obtenga una en el sitio web seguro para miembros myuhc.com/communityplan una vez que se haya registrado.

La importancia de un hogar médico

RMHP anima a cada miembro a desarrollar una relación con un médico de cabecera. Esto se conoce como tener un hogar médico. Tener un hogar médico es un paso importante para ayudarlo a estar saludable, mantenerse sano y recibir la atención que necesita.

Si tiene recetas o se está atendiendo con un especialista, hable con su PCP al respecto. Su PCP debe saber todo sobre su salud para ayudarlo a recibir la atención que necesita.

Cómo pueden ayudarlo su médico de cabecera (PCP) y su hogar médico

Su PCP y su hogar médico pueden:

- Conocerlo, cuidarlo y mantener sus registros médicos juntos.
- Ayudarlo a mantener la salud general proporcionando atención preventiva, la cual ayuda a detectar los problemas de salud temprano.
- Ayudarlo a recibir atención de especialistas o conectarlo con servicios en su área cuando sea necesario.
- Tratarlo como una persona completa, en lugar de centrarse en una enfermedad o lesión específica.
- Ayudarlo o alcanzar los objetivos de salud que se ha fijado.
- Ayudarlo a controlar las afecciones médicas en curso, como el asma y la diabetes.
- Ayudarlo a conocer el sistema de atención de la salud, lo cual puede ser complicado y confuso.

A cambio, usted debe:

- Ir a su PCP al menos una vez al año para un examen de bienestar; con mayor frecuencia en el caso de niños más pequeños.
- Informar a su PCP cuando esté enfermo o necesite atención médica.
- Acudir a las citas programadas o informar a su PCP que necesita reprogramar.
- Informar a su PCP cómo puede mejorar.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Vaya al médico de cabecera:

- Para chequeos y vacunas.
- Para recibir atención cuando está enfermo o lesionado.
- Para hacer preguntas sobre la salud y el desarrollo de su hijo.
- Para recibir ayuda para encontrar un especialista, en caso de que necesite uno.
- Para obtener ayuda para recibir la atención indicada por médicos especialistas; por ejemplo, cirugía o terapia.
- Para ingresarlo en un hospital si es necesario.

Vaya al obstetra/ginecólogo para servicios prenatales:

- Tan pronto como sepa que está embarazada.
- Para hacer preguntas sobre su embarazo.
- Para asegurarse de que usted y su bebé estén sanos.

Cómo cambiar de PCP

Si desea cambiar de PCP, vaya al sitio web seguro para miembros (myuhc.com/communityplan) y siga los pasos para elegir otro PCP. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. La información del directorio de proveedores incluye los nombres, los títulos, las direcciones y los números de teléfono de los proveedores que están en la red de RMHP. Esto significa que puede atenderse con estos proveedores sin necesidad de ponerse en contacto primero con RMHP. Si necesita un directorio de proveedores o ayuda para encontrar un PCP en su área, llame a Servicios para Miembros. El directorio de proveedores en línea de RMHP se puede encontrar en uhccp.com/CO o iniciando sesión en el sitio web seguro para miembros myuhc.com/communityplan. Este directorio le proporciona información sobre los proveedores contratados en su área que hablan idiomas distintos del inglés, y qué proveedores aceptan nuevos pacientes. Si tiene que cambiar de médico porque se mudó, llame al responsable de Elegibilidad e Inscripción de CHP+ al **1-888-367-6557** para informarle que su dirección ha cambiado. También puede actualizar su dirección en su cuenta de PEAK. Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para cambiar de PCP.

Proveedores de la red

Asegúrese de que cualquier proveedor de atención médica con el que se atienda sea un proveedor de RMHP participante. Si se atiende con un proveedor que no trabaja con RMHP, es posible que tenga que pagar los servicios que reciba.

14 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Resumen de beneficios cubiertos

Este es un resumen de los beneficios cubiertos mientras está inscrito en este plan CHP+. Este manual incluye más información sobre lo que está cubierto y las exclusiones. Es posible que deba compartir el costo de la atención de la salud que recibe. Este costo compartido se denomina copago. Consulte la tabla de copagos de este manual para obtener más información. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios cubiertos, llame a Servicios para Miembros.

Servicio	Resumen de los beneficios disponibles
Abuso de alcohol y sustancias	Cobertura para servicios ambulatorios médicamente necesarios.
Servicios de audiología	Cobertura para visitas de atención preventiva adecuadas para la edad.
Servicios de salud mental o conductual	Cobertura para servicios médicamente necesarios.
Atención dental proporcionada por DentaQuest	Comuníquese con DentaQuest al 1-888-307-6561 o visite DentaQuest.com para conocer sus beneficios dentales de CHP+, como limpiezas, exámenes, radiografías y empastes, y los límites de los beneficios.
Atención dental para lesiones accidentales y paladar hendido	Este plan proporciona cobertura para lesiones accidentales y atención dental limitada para paladar hendido.
Equipo médico duradero	Máximo de \$2,000 por año calendario, sin incluir anteojos, lentes de contacto ni audífonos.
Atención de emergencia y de urgencia/fuera del horario de atención	Cobertura para emergencias que pongan en riesgo la vida o una extremidad. Pueden aplicarse los copagos de CHP+ estándar.
Servicios de transporte de emergencia/ambulancia	Cobertura para emergencias que pongan en riesgo la vida o una extremidad si el traslado se hace en una ambulancia habilitada.
Atención médica domiciliaria y terapia de infusión domiciliaria	Cobertura para servicios de enfermería especializada a domicilio.
Estadía para pacientes hospitalizados	Cobertura para servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.
Servicios de laboratorio, rayos X y diagnóstico	Cobertura para servicios de laboratorio, rayos X y diagnóstico.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al 1-877-668-5947, TTY 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Servicio	Resumen de los beneficios disponibles
Atención de maternidad	Cobertura para servicios prenatales y de parto.
Visita al consultorio médico	Cobertura para visitas a médicos de cabecera (PCP) y visitas a especialistas con proveedores de la red.
Cirugía ambulatoria	Cobertura para cirugía ambulatoria.
Fármacos (medicamentos) recetados	Con cobertura si están incluidos en el formulario de Optum RX.
Atención preventiva	Con cobertura total cuando la proporciona un médico de cabecera participante de RMHP. Incluye inmunizaciones (vacunas), controles y exámenes de rutina. Los niños necesitan muchos servicios de atención preventiva. Si no está seguro de si su hijo necesita servicios de atención preventiva, pregúntele al médico de cabecera de su hijo si necesita algún tipo de atención.
Servicios de salud reproductiva	Con cobertura total cuando los proporciona un proveedor de planificación familiar, un médico de cabecera o un obstetra/ ginecólogo, independientemente de si están en la red o no.
Centro de enfermería especializada	Con cobertura durante un máximo de 30 días calendario por año de beneficios o menos de 30 días cuando su afección no pueda seguir mejorando.
Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla	La cobertura para rehabilitación física ambulatoria (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla) incluye hasta 30 visitas por año calendario por diagnóstico. Para los niños de 0 a 3 años, el beneficio de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla es ilimitado a través del Programa de Servicios de Intervención Temprana cuando sean elegibles.
Servicios de trasplante	Se proporciona cobertura para determinados trasplantes.
Servicios oftalmológicos	Cobertura para visitas de atención preventiva y atención especializada adecuadas para la edad. La cobertura incluye un beneficio de \$150 para la compra de cristales, marcos o lentes de contacto por año calendario.

Exclusiones: es posible que los servicios no mencionados en la lista anterior no estén cubiertos. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947** (línea gratuita), TTY **711**. Esto es solo un resumen y no garantiza la cobertura ni define el costo compartido.

Copagos (costo compartido)



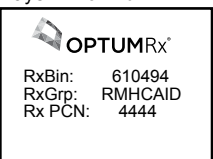
Para los miembros inscritos en este plan, RMHP paga la atención de la salud por usted en virtud de un contrato con el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica de Colorado. Ese contrato y las leyes estatales y federales rigen los servicios de atención de la salud que usted recibe. Este manual no es un contrato y está sujeto a cambios.

El costo compartido se refiere a cómo los miembros comparten el costo de los servicios de atención de la salud. Define lo que RMHP es responsable de pagar y lo que usted, como miembro, es responsable de pagar. Los miembros cumplen con los requisitos de costo compartido mediante copagos, tal como se describe en esta sección.

Un copago es un monto en dólares que usted paga para recibir un servicio, suministro médico o medicamento recetado específico. Usted es responsable de pagar su copago a su proveedor en el momento del servicio o cuando reciba un medicamento recetado. Las mujeres embarazadas no tienen copago.

De acuerdo con las reglas federales, los miembros de CHP+ que son nativos de América del Norte o nativos de Alaska no tienen que pagar ningún copago ni costo compartido. Los nativos de América del Norte son miembros de una tribu, una banda o un grupo indígena reconocido por el gobierno federal, o descendientes de primer o segundo grado de un miembro. Los nativos de Alaska son esquimales, aleutianos u otros nativos de Alaska inscritos por el Secretario del Interior.

Los copagos estándar de CHP+ oscilan entre \$0 y \$30 por visita. Los copagos del programa CHP+ se basan en el tamaño y los ingresos de la familia. Los montos de sus copagos figuran en su tarjeta de identificación de miembro de RMHP. No hay copagos para visitas preventivas. Además, no hay copagos por servicios de planificación familiar o servicios de atención prenatal.

	
Health Plan (80840)	911-87726-04
Member ID: 001500006	Group Number: CORMCHP
Member: REISSUEAB M ENGLISH State ID: 9999999992	Payer ID: 87726
	
CO CHP No Copay Underwritten by Rocky Mountain HMO	
DOI-0501	

In an emergency go to nearest emergency room or call 911.		Printed: 07/25/22
Website: www.myuhc.com/communityplan		
For Members:	877-668-5947	TTY 711
Para asistencia en español llame al: 877-668-5947 TTY 711		
For Providers/Preauthorization: 877-668-5947 UHCprovider.com		
Medical Claims: UHCCP, PO Box 5260, Kingston, NY 12402-5260		
Referrals to participating providers not required.		
Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334		
For Pharmacists: 877-305-8952		

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

La siguiente tabla contiene algunos ejemplos de montos de copago.

Beneficios de este plan	Copago		
	Copago de RMHP Sin copago	Copago de RMHP Nivel L	Copago de RMHP Nivel H
Deducible anual por individuo o familia	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Límite de gastos de bolsillo por familia	Ninguno	Ninguno	5% de los ingresos familiares anuales ajustados según el tamaño de la familia
Atención de emergencia	\$0	\$3	\$30
Atención de urgencia/fuera del horario de atención	\$0	\$1	\$20
Servicios de transporte de emergencia/ambulancia	\$0	\$0	\$15
Servicios de hospitales/ otros establecimientos			
• Servicios hospitalarios	\$0	\$0	\$20
• Servicios médicos		\$0	\$5
• Servicios ambulatorios		\$0	\$5
Visitas al consultorio médico de rutina	\$0	\$0	\$5
Aplicación de barniz de fluoruro	\$0	\$0	\$0
Laboratorio y radiografías	\$0	\$0	\$5
Servicios preventivos, de rutina y de planificación familiar	\$0	\$0	\$0

18 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Beneficios de este plan	Copago		
	Copago de RMHP Sin copago	Copago de RMHP Nivel L	Copago de RMHP Nivel H
Atención de maternidad <ul style="list-style-type: none"> • Atención prenatal • Parto y control de salud del bebé durante la hospitalización 	\$0	\$0 \$0	\$0 \$0
Atención de enfermedad mental	\$0	\$0	\$5/visita al consultorio \$20/ingreso
Enfermedad mental neurobiológica	\$0	\$0	\$5/visita al consultorio \$20/ingreso
Trastornos mentales	\$0	\$0	\$5/visita al consultorio \$20/ingreso
Todos los demás <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes hospitalizados • Pacientes ambulatorios 	\$0	\$0 \$0	\$20 \$5
Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	\$0	\$0	\$5
Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	\$0	\$0	\$5
Equipo médico duradero	\$0	\$0	\$0
Trasplantes	\$0	\$0	\$0
Atención de la salud en el hogar	\$0	\$0	\$0
Atención para enfermos terminales	\$0	\$0	\$0
Medicamentos con Receta	\$0	\$0	\$3/genérico \$10/medicamento de marca

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al 1-877-668-5947, TTY 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Beneficios de este plan	Copago		
	Copago de RMHP Sin copago	Copago de RMHP Nivel L	Copago de RMHP Nivel H
Diálisis renal	\$0	\$0	\$0
Atención en un centro de enfermería especializada	\$0	\$0	\$0
Servicios oftalmológicos de rutina	\$0	\$0	\$0
Servicios oftalmológicos especializados	\$0	\$0	\$5
Servicios de audiología	\$0	\$0	\$0
Dolor intratable	\$0	\$0	\$5/visita al consultorio \$20/ingreso
Cobertura de autismo	\$0	\$0	\$5/visita al consultorio \$20/ingreso
Administración de casos	\$0	\$0	\$0
Asesoramiento sobre alimentación/servicios nutricionales	\$0	\$0	\$0
Máximo de por vida	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Servicios dentales	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Limitaciones por enfermedad preexistente	No corresponde	No corresponde	No corresponde
Terapias: quimioterapia y radioterapia	\$0	\$0	\$0

20 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Límite anual de gastos de bolsillo

El máximo anual de gastos de bolsillo está destinado a proteger a las familias de los miembros contra gastos de atención de la salud por enfermedades catastróficas. El límite anual de gastos de bolsillo es del 5% de sus ingresos brutos ajustados. Una vez que los copagos que ha pagado por servicios médicos cubiertos durante un año calendario alcancen el límite anual de gastos de bolsillo, usted no pagará ningún copago durante el resto de ese año calendario.

Es su responsabilidad llevar un registro de todo el dinero que gaste hasta alcanzar el límite anual de gastos de bolsillo. Siga estas instrucciones para llevar un registro:

- Guarde los recibos de los copagos por atención médica cubierta y medicamentos recetados cubiertos.
- Cuando haya alcanzado su límite anual de gastos de bolsillo, llame a Servicio al Cliente de CHP+ de Colorado al 1-800-359-1991.
- Elegibilidad e Inscripción de CHP+ le pedirá una constancia de que ha alcanzado su límite anual de gastos de bolsillo. Envíe copias de sus recibos como constancia.

Exención de responsabilidad

Los contratos entre RMHP y sus proveedores incluyen una “cláusula de exención de responsabilidad”. Esta cláusula establece que el proveedor no puede facturarle más allá de lo que paga RMHP o el programa CHP+ de acuerdo con la lista de cargos. La lista de cargos indica la cantidad que el proveedor se obliga a aceptar de RMHP por los servicios prestados a los miembros. Si un proveedor de la red le factura servicios, llame a Servicios para Miembros.



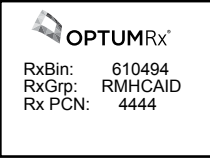
Cuándo se le pueden facturar servicios

Es posible que tenga que pagar los servicios si:

- Usted recibe atención que no es de emergencia de un proveedor fuera de la red y el servicio no está autorizado.
- Usted recibe servicios no cubiertos.
- Usted recibe servicios (por ejemplo, cirugía ambulatoria) sin autorización de RMHP.
- Usted recibe servicios cuando no está cubierto por la cobertura del programa CHP+.

Tarjeta de identificación de miembro de RMHP (tarjeta de identificación)

Su tarjeta de identificación de miembro de RMHP muestra que usted es miembro del plan CHP+ de RMHP. Se envía una tarjeta de identificación de miembro de RMHP a todos los miembros nuevos. También se envía una tarjeta de identificación de miembro actualizada cada vez que cambia la información que figura en su tarjeta. Traiga esta tarjeta de identificación de miembro de RMHP cuando reciba atención médica. Esto incluye todas las farmacias (cuando recibe medicamentos recetados), los médicos, los hospitales y cualquier suministro médico. Si necesita una nueva tarjeta de identificación de miembro de RMHP o no recibió su tarjeta, llame a Servicios para Miembros. O puede imprimir una desde el sitio web seguro para miembros myuhc.com/communityplan.

	
Health Plan (80840)	911-87726-04
Member ID: 001500006	Group Number: CORMCHP
Member: REISSUEAB M ENGLISH	Payer ID: 87726
State ID: 9999999992	
	RxBin: 610494 RxGrp: RMHCAID Rx PCN: 4444
DOI -0501	CO CHP No Copy Underwritten by Rocky Mountain HMO

In an emergency go to nearest emergency room or call 911.		Printed: 07/25/22
Website: www.myuhc.com/communityplan		
For Members:	877-668-5947	TTY 711
Para asistencia en español llame al: 877-668-5947 TTY 711		
For Providers/Preauthorization: 877-668-5947		UHCprovider.com
Medical Claims: UHCCP, PO Box 5260, Kingston, NY 12402-5260		
Referrals to participating providers not required.		
Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334		
For Pharmacists: 877-305-8952		

El miembro mencionado en la tarjeta de identificación es la única persona aprobada para usar la tarjeta. Para ayudar a proteger su información, siga estos sencillos pasos:

- Cuide su tarjeta de identificación de miembro. Compartir su tarjeta con alguien puede ponerlo en riesgo. No la comparta con nadie. Si alguien recibe atención de la salud usando su nombre o información, es posible que usted no pueda recibir atención cuando la necesite.
- Trate su tarjeta de identificación de miembro como una tarjeta de crédito o licencia de conducir. Guárdela en un lugar seguro.
- No permita que nadie tome prestada su tarjeta de identificación de miembro. Asegúrese de estar atento a personas que miran por encima de su hombro cuando use su tarjeta en una farmacia, un consultorio médico u otro lugar público.
- No comparta su información a cambio de obsequios o servicios gratuitos. Si alguien utiliza su información, le estarán robando el dinero que se debería utilizar para pagar su atención.

Si pierde su tarjeta de identificación de miembro o si se la roban, llame a Servicios para Miembros de inmediato. Le pediremos una nueva. Se le enviará su tarjeta nueva por correo en cuestión de semanas. O puede imprimir una tarjeta de identificación temporaria desde myuhc.com/communityplan, el sitio web seguro para miembros.

22 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Actualización de la dirección postal

RMHP y el programa CHP+ del estado envían información importante por correo postal. Esto incluye avisos importantes sobre cuándo y cómo renovar su cobertura de CHP+ y cualquier cambio o información importante sobre su salud o sus beneficios. Si se muda o cambia de domicilio, informe al programa CHP+ sobre este cambio lo antes posible.

- Informe al programa CHP+ su nueva dirección. Para hacerlo, llame a Elegibilidad e Inscripción de CHP+ al 1-888-637-6557 o visite PEAK en [Colorado.gov/PEAK](https://colorado.gov/PEAK) para cambiar su dirección en línea.
- Llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página. Si el cambio no se puede realizar por teléfono, Servicios para Miembros le explicará cómo realizar el cambio.

Si no recibe un aviso de renovación porque no informó el cambio de dirección (o por cualquier otro motivo), esto puede afectar su cobertura de CHP+. Debe enviar una solicitud de renovación antes de la fecha de renovación para continuar con la cobertura sin interrupciones. Si se muda y necesita encontrar un médico de cabecera más cerca de usted, Servicios para Miembros puede ayudarlo a encontrar un PCP más cerca de su nueva dirección. O puede encontrar un proveedor más cercano en el sitio web de RMHP en uhccp.com/CO o a través del sitio web seguro para miembros myuhc.com/communityplan.

Membresía

Proceso de inscripción

Para obtener cobertura de CHP+, debe seguir el proceso de inscripción de CHP+. Este proceso incluye completar las instrucciones y los formularios de solicitud requeridos. Puede encontrar información sobre cómo solicitar la cobertura en línea en colorado.gov/hcpf/how-to-apply. Una vez que CHP+ determina que usted es elegible, su cobertura comienza en la fecha en que CHP+ recibe su solicitud completa.

Elegibilidad presunta

El programa de elegibilidad presunta brinda cobertura médica temporal e inmediata de Health First Colorado (programa Medicaid de Colorado) o Child Health Plan Plus (CHP+) a niños menores de 19 años y a mujeres embarazadas. La cobertura médica temporal dura al menos 45 días mientras se procesa la solicitud de asistencia médica. Para calificar, usted debe:

- ser menor de 19 años o una mujer embarazada;
- calificar para Medicaid o CHP+, y
- completar una solicitud de asistencia médica.

Nota: Los servicios dentales no están cubiertos mientras usted se encuentra en el programa de elegibilidad presunta. Una vez que CHP+ determina que usted es elegible, su cobertura comienza en la fecha en que CHP+ recibe su solicitud completa.

Cuándo comienza la cobertura de RMHP

Si es elegible para CHP+, el estado de Colorado notificará a RMHP sobre su elegibilidad. Su cobertura con RMHP comenzará una vez que se reciba la notificación de su fecha de inscripción del estado de Colorado.

La inscripción en RMHP es voluntaria. Comuníquese con Elegibilidad e Inscripción de CHP+ de Colorado al 888-367-6557 para elegir o cambiar su plan de salud.

Si usted se encuentra hospitalizado en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de CHP+ y antes de su inscripción en RMHP, no será elegible para recibir beneficios de RMHP hasta que reciba el alta hospitalaria. Este plan no cubre ningún servicio recibido antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de RMHP.

Proceso de renovación

Los hijos inscritos en CHP+ deben volver a solicitar la cobertura todos los años. CHP+ le enviará un paquete aproximadamente 3 meses antes de que finalice la cobertura de su hijo. Complételo y devuélvalo a CHP+ lo antes posible. Si no recibe el paquete de renovación, llame a Servicio al Cliente de CHP+ al 1-800-359-1991 para solicitar uno.

Los clientes que tienen una cuenta de PEAK activa pueden completar el paquete de renovación a través de la aplicación Health First Colorado y actualizar su información en cualquier momento.

Tendrá que volver a solicitar la cobertura si pierde su cobertura en virtud de CHP+ porque se volvió elegible para otro plan, como Medicaid. Si tiene preguntas sobre cuándo debe volver a solicitar la cobertura de CHP+, llame a Servicio al Cliente de CHP+ de Colorado al 1-800-359-1991.

Las mujeres embarazadas inscritas en Programa Prenatal de CHP+ pueden mantener su cobertura durante 12 meses después del parto del recién nacido. Si tiene preguntas sobre cuándo debe volver a solicitar la cobertura de CHP+, llame a Servicio al Cliente de CHP+ de Colorado al 1-800-359-1991.

Política de finalización de la cobertura

Su cobertura de CHP+ finalizará la primera vez si ocurre una de las siguientes situaciones:

- Usted retuvo información en su solicitud o en los formularios (cometió fraude o tergiversó hechos importantes) o actúa de forma deshonesto e intenta obtener una ventaja financiera o material.
- Usted se muda permanentemente fuera de Colorado.
- El estado de Colorado recibe una carta escrita que envió usted o su representante para cancelar la cobertura de un miembro. La cobertura se cancelará al final del mes posterior a la fecha en que se reciba la carta.
- Usted no puede tener una buena relación paciente-proveedor con su médico de cabecera (PCP), o causa alborotos y dificulta el funcionamiento normal del negocio de RMHP o del consultorio de su proveedor.

- Usted tiene otro seguro de salud. Si tiene otro seguro o se descubre que tiene otro seguro, ya no será elegible para CHP+. El proceso de cancelar su inscripción en CHP+ puede tardar hasta 60 días.
- Esto no se aplica si su “otro seguro” es un plan de cobertura de seguro de Medicare, dental u oftalmológico.
- Usted no es elegible para el programa, de acuerdo con las reglas de elegibilidad de Children’s Basic Health Plan.
- Usted cumple 19 años. La cobertura de CHP+ finalizará el último día del mes de su cumpleaños número 19.
- Si está embarazada y en el Programa Prenatal de CHP+, su cobertura finalizará a los 365 días contados a partir del último día del mes en que finalizó su embarazo.
- Usted fallece.

Cuándo finaliza su cobertura de CHP+

Cuando finalice la cobertura con CHP+, el proveedor de elegibilidad del estado de Colorado le enviará un Certificado de cobertura acreditable. El Certificado de cobertura acreditable indica el período de tiempo durante el cual usted tuvo cobertura con CHP+. Es posible que necesite esta carta como constancia de cobertura previa cuando se inscriba en otros planes de salud.

Los beneficios en virtud de este plan finalizan en la fecha en que finaliza su cobertura, tal como se describió anteriormente. Excepto según se indica a continuación, RMHP no cubrirá servicios después de que finalice su cobertura.

Si está recibiendo tratamiento en un centro para pacientes hospitalizados cuando finaliza su cobertura, RMHP continuará cubriendo su atención hasta que reciba el alta hospitalaria o sea transferido a otro nivel de atención. Esta cobertura está sujeta a los términos del Manual del miembro de CHP+ y depende de la ausencia de fraude y abuso.

Una vez que reciba el alta hospitalaria o sea transferido a otro nivel de atención, RMHP dejará de cubrir los servicios.

Usted puede ser responsable de pagos adeudados o realizados por RMHP por servicios prestados después de la finalización de su cobertura.

Tiene derecho a cancelar su inscripción en RMHP en cualquier momento y por cualquier motivo. Comuníquese con Elegibilidad e Inscripción de CHP+ de Colorado al 1-888-367-6557 e infórmeles que desea cancelar su inscripción.

Inscripción del recién nacido

Si queda embarazada, llame a Servicios para Miembros. Podemos asegurarnos de que reciba la atención que necesita cuando está embarazada. También podemos proporcionarle derivaciones a los servicios que pueda necesitar y asistencia para que el recién nacido tenga cobertura. Después de tener a su bebé, es muy importante que llame a Elegibilidad e Inscripción de CHP+ de Colorado al 1-888-367-6557 para informarles sobre el nacimiento. Un especialista de Elegibilidad e Inscripción de CHP+ puede ayudar con el proceso de inscripción. La mayoría de los bebés nacidos de madres adolescentes son elegibles para Medicaid; sin embargo, algunos recién nacidos pueden calificar para CHP+. Los recién nacidos de madres que están en el Programa Prenatal de CHP+ tienen cobertura garantizada en virtud de CHP+ durante 12 meses a partir de la fecha de nacimiento. Llame a Elegibilidad e Inscripción de CHP+ al 1-800-359-1991 para informar a su recién nacido e inscribirlo para la cobertura.

Médico de cabecera (PCP) para el recién nacido

Elija un pediatra o un médico de familia como el PCP de su hijo. Si necesita ayuda para encontrar un médico de cabecera para su bebé, llame a Servicios para Miembros. Llame a este médico una vez que nazca su bebé y programe una visita. Es muy importante que el bebé recién nacido vaya al pediatra muchas veces durante el primer año de vida, incluso cuando el bebé está sano. El médico de su bebé controlará su salud y desarrollo. Hable con el médico de su bebé o con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre la frecuencia con la que debe ir al médico.

Derechos y responsabilidades de los miembros

Como miembro, usted tiene derecho a:

- Recibir información sobre RMHP y sus servicios, médicos y proveedores de atención médica y sobre sus derechos y responsabilidades.
- Ser tratado con respeto y a que se le reconozca su derecho a la dignidad y a la privacidad.
- Aceptar o rechazar el tratamiento médico en la medida en que lo disponga la ley estatal de Colorado y participar en la toma de decisiones sobre su atención de la salud.
- Mantener conversaciones abiertas con los proveedores de atención médica sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios, y que se le presenten de manera adecuada teniendo en cuenta su afección y su capacidad de comprensión.
- Presentar apelaciones y quejas ante RMHP o ante el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica.
- Recibir servicios de atención de la salud de acuerdo con las reglamentaciones federales de atención de la salud relativas a acceso y disponibilidad, coordinación de la atención y calidad.
- Esperar que todas las comunicaciones relativas a su atención se mantengan confidenciales según lo exigido por la ley.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

- Ejercer libremente sus derechos sin que lo traten de forma diferente.
- Estar libre del uso de restricciones físicas o a que no lo aíslen. Estos métodos no pueden utilizarse para que coopere, para castigarlo, para facilitar el trabajo del cuidador ni como una forma de vengarse de usted.
- Recibir servicios de planificación familiar de cualquier proveedor inscrito que atienda a miembros de CHP+ dentro o fuera de la red de RMHP, sin derivación.
- Solicitar y recibir sus registros médicos y modificarlos de acuerdo con la ley federal.
- Obtener una segunda opinión sin necesidad de derivación.
- Estar libre de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.
- Efectuar recomendaciones acerca de la política de derechos y responsabilidades de RMHP.
- Utilizar cualquier hospital u otro centro para atención de emergencia.

Como miembro, usted tiene la responsabilidad de:

- Elegir un médico de cabecera (PCP) para cada miembro de su familia e informar a ese PCP cualquier instrucción anticipada relativa a su atención médica.
- Permitir que su PCP dirija su atención con especialistas y otros proveedores de atención médica, excepto en casos de emergencias médicas, atención de urgencia cuando está fuera del área de servicio, atención obstétrica o ginecológica y oftalmología.
- Conocer sus beneficios de atención de la salud, los procedimientos y las limitaciones de RMHP, y cooperar y ser considerado con los proveedores de atención médica y con el personal.
- Notificar a Servicios para Miembros sobre cambios de membresía o dirección, matrimonio, nacimiento de un hijo o adopción de un hijo.
- Pagar los copagos y costos de ciertos servicios de atención de la salud y de cualquier servicio que no esté cubierto por CHP+.
- Proporcionar al proveedor de atención médica toda la información necesaria para que usted reciba la atención adecuada, y seguir el tratamiento y las instrucciones acordadas con su proveedor.
- Seguir los planes y las instrucciones del tratamiento que acordaron usted y su proveedor.
- Informar a sus proveedores sobre cualquier instrucción anticipada sobre su atención de la salud si decide hacerlo.
- Seguir los protocolos de cualquier tercero pagador responsable (como otro seguro) antes de recibir cualquier servicio que no sea de emergencia.
- Notificar a RMHP por escrito después de presentar una reclamación o acción contra un tercero responsable de su enfermedad o lesión.
- Comprender sus problemas médicos y participar en el desarrollo de los objetivos del tratamiento.
- Informar a RMHP sobre cualquier otro seguro que pueda tener, incluido Medicare.
- Para presentar una queja o un reclamo, siga las reglas descritas en la sección **Apelaciones y reclamos** de este manual.

Cómo obtener atención

Su médico o proveedor de atención primaria es importante.

Lo primero que debe hacer después de afiliarse a RMHP es elegir un médico con quien atenderse cuando esté enfermo y para atención de rutina. Este médico se conoce como médico, médico de cabecera o PCP. Si no ha ido al médico en el último año, llame a este médico y haga una cita. Este médico es muy importante. Proporciona o coordina la mayor parte de la atención que usted necesitará. Si es nuevo en RMHP y tiene necesidades especiales de atención de la salud y se está atendiendo con un médico que no está en nuestra lista, puede hacer lo siguiente:

- Seguir atendándose con su médico de atención primaria anterior durante 60 días calendario. Puede seguir recibiendo la misma atención continua que recibía antes de afiliarse a RMHP.
- Seguir atendándose con sus otros médicos durante 75 días calendario. Puede seguir recibiendo la misma atención que recibía antes de afiliarse a RMHP.
- Seguir atendándose con su médico de atención primaria anterior si está entre el cuarto y el noveno mes de embarazo. Puede seguir atendéndose con su médico de atención primaria anterior hasta que termine la atención que necesita después del nacimiento de su hijo.

Cómo elegir un médico o PCP

1. RMHP tiene un directorio de proveedores que indica cuáles son los médicos en su condado. Busque un médico con quien desee atenderse cuando esté sano y cuando esté enfermo. Este médico puede centrarse en atención primaria, pediatría o práctica general. Si no conoce a los médicos de la lista, elija un médico que tenga un consultorio cerca de su casa.
2. Si elige un médico con quien no se ha atendido antes, llame al consultorio del médico. Pregunte si están tomando nuevos pacientes. Si el consultorio está abierto a nuevos pacientes, dígalos que va a elegir un PCP para un miembro de CHP+ de RMHP. Si el miembro de CHP+ de RMHP no ha ido al médico en el último año, haga una cita. Acuda a la cita programada o informe al consultorio del médico si necesita reprogramarla. El médico puede pedirle que firme un formulario que dice que usted desea que ese sea su hogar médico.
3. Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar un PCP o si necesita un directorio de proveedores. Cada persona de su familia puede tener un PCP diferente.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Cómo programar una cita con un médico de atención primaria o PCP

Llame al consultorio del médico o PCP y dígame que desea programar una cita para un miembro de CHP+ de RMHP. Proporciónelos el número de identificación de miembro de RMHP de la tarjeta de identificación de miembro si se lo solicitan. Para enfermedades o lesiones no urgentes, le programarán una cita dentro de los 30 días posteriores al día en que llame. Si está muy enfermo para esperar 30 días, lo pueden atender en un plazo de 48 horas. Para exámenes físicos de control, debería poder conseguir una cita dentro de los 30 días posteriores al día en que llame. También debería poder programar visitas por abuso de sustancias no urgentes y visitas de salud mental no urgentes en un plazo de 14 días calendario. Si no consigue una cita con su PCP tan pronto como cree que debería, llame a Servicios para Miembros para hacérselos saber.

Cómo cancelar citas con el médico

Si no puede acudir a la cita con su médico, debe llamar al consultorio del médico y comunicárselo lo antes posible. Debe llamar al menos 24 horas antes de la cita para informar que tiene que cancelar.

Cambios en su plan y en su PCP

RMHP le informará por correo sobre cualquier cambio en su plan o su médico. Le enviaremos una carta si su médico de atención primaria abandona RMHP. Luego, deberá seguir las instrucciones de este manual para elegir otro PCP. Si necesita ayuda para encontrar otro PCP, llame a Servicios para Miembros. También puede cancelar su inscripción en RMHP si desea quedarse con el PCP que ya no trabaja para RMHP.

Acerca de los proveedores de atención médica que trabajan con RMHP

Puede encontrar los proveedores de atención médica que trabajan con RMHP en el directorio de proveedores. Encontrará nombres, direcciones, números de teléfono y cualquier idioma que no sea inglés que se hable en la ubicación de cada proveedor. También verá si el proveedor no está aceptando pacientes nuevos. El directorio está disponible en nuestro sitio web en uhccp.com/CO o a través del sitio web seguro para miembros myuhc.com/communityplan. También puede obtener una copia impresa sin costo llamando a Servicios para Miembros. RMHP analiza información sobre los proveedores antes de trabajar con ellos. Esto incluye su licencia, educación y formación. También comprobamos sus antecedentes y experiencia. Servicios para Miembros también puede ayudarlo a conocer las calificaciones profesionales de un proveedor de atención médica, como su educación y sus certificaciones. Si tiene alguna pregunta sobre su médico, llámenos.

Atención de especialidades

A veces, cuando va a su PCP, su PCP querrá que usted reciba atención especializada. No necesita derivación para ir a un especialista que trabaja con RMHP. La atención especializada que reciba debe estar en la lista de servicios cubiertos de la sección **Servicios cubiertos** de este manual o puede llamar a Servicios para Miembros para preguntar si la atención está cubierta.

Llame y programe una cita con el especialista. Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de miembro de RMHP cuando vaya a la cita. Informe al especialista quién es su médico de atención primaria para que pueda trabajar junto con su médico y otros miembros de su equipo de atención de a salud.

Acceso

Debería poder recibir la mayor parte de su atención de la salud de médicos que se encuentran dentro de un radio de 45 a 60 millas o a una distancia de entre 45 y 60 minutos en automóvil de su domicilio. Si vive fuera de la ciudad o en una ciudad pequeña, es posible que no tenga un médico cerca. En este caso, podrá atenderse con el médico disponible más cercano que trabaje con nosotros. Si no puede encontrar un médico cercano a su domicilio, puede llamar a Servicios para Miembros para que lo ayuden.

Servicios de salud mental y conductual

RMHP cubre la mayoría de los servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias. Podemos ayudarlo a averiguar cómo y dónde recibir estos servicios en su área. Si tiene dificultades o un ser querido está sufriendo y necesita ayuda de inmediato, comuníquese con Servicios de Crisis de Colorado. Los residentes de Colorado pueden recibir ayuda gratuita, confidencial e inmediata las 24 horas del día, los 7 días de la semana, durante los 365 días del año de Servicios de Crisis de Colorado. Comuníquese con Servicios de Crisis de Colorado llamando al 1-844-493-TALK (8255) o envíe un mensaje de texto con la palabra TALK al 38255. También puede obtener asistencia en línea en [ColoradoCrisisServices.org](https://www.ColoradoCrisisServices.org). Consulte la sección **Atención de salud mental** de este manual para obtener más información.

Atención hospitalaria

RMHP cubrirá su estadía en un hospital cuando la coordine su médico. A menos que necesite atención de emergencia, debe ir a un hospital que trabaje con nosotros. Recuerde mostrar su tarjeta de identificación de Rocky Mountain Health Plans cuando llegue al hospital.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Atención durante el embarazo

Puede ir a cualquier médico de nuestro directorio de proveedores para obtener servicios cubiertos. Esto incluye los servicios para las mujeres. También incluye la atención durante el embarazo. Algunos de estos médicos son especialistas, como obstetras, ginecólogos y personal de enfermería titulado con especialización posterior en enfermería obstétrica (personal de enfermería obstétrica). Tan pronto como sepa que está embarazada, debe comenzar su atención prenatal. Esta atención es muy importante en las primeras 8 a 12 semanas de embarazo y, luego, debe continuar hasta que tenga al bebé. Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar un proveedor de atención prenatal. Consulte la sección **Servicios cubiertos** de este manual para obtener más detalles.

Cómo obtener medicamentos recetados

Debe obtener sus medicamentos de una farmacia participante de RMHP. Esto incluye a la mayoría de las farmacias de Colorado. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de RMHP en la farmacia cuando recoja su medicamento recetado.

Algunos medicamentos no están cubiertos. Si desea un medicamento que no está cubierto, tendrá que pagarlo usted mismo o hablar con su médico sobre pedirle a RMHP que cubra el medicamento. Algunos medicamentos deben ser aprobados por RMHP antes de que los reciba. Su médico sabe cómo pedirle a RMHP que apruebe estos medicamentos.

Puede recibir los medicamentos de cualquier farmacia si tiene una emergencia cuando está lejos de su hogar. Envíenos el recibo en un plazo de 120 días desde la compra del medicamento y le devolveremos el importe. No podemos devolverle el dinero si nos envía el recibo después de 120 días. Puede recibir sus medicamentos recetados a través del servicio de pedidos por correo con OptumRx.

Médicos que no trabajan con Rocky Mountain Health Plans

En general, la atención de médicos que no trabajan con RMHP no está cubierta y debe ir a médicos, hospitales y farmacias que figuran en nuestro directorio de proveedores. Esto no se aplica a los servicios de atención de emergencia, atención de urgencia y planificación familiar. Si tiene alguna pregunta sobre con qué médicos puede atenderse, puede llamar a Servicios para Miembros.

Llame a Servicios para Miembros si necesita atención que no puede recibir de un médico que trabaja con RMHP. Debe obtener una autorización antes de ir a un médico que no trabaja con RMHP. Si RMHP le autoriza a atenderse con un médico que no trabaja con RMHP, no tendrá que pagar más por la atención que reciba.

Autorización previa

RMHP debe aprobar algunos tipos de atención antes de que la reciba. Esto ayuda a garantizar que la atención que reciba sea la adecuada para usted y que la atención sea médicamente necesaria. Lo mejor que puede hacer es asegurarse de que su PCP coordine toda su atención. Su PCP sabe qué servicios necesitan autorización previa y cómo solicitar la aprobación de RMHP. El Departamento de Administración de la Atención de RMHP revisa las solicitudes de los proveedores y determina la necesidad médica. Esto también se conoce como administración de la utilización. Algunos ejemplos de servicios que necesitan autorización previa son algunas cirugías y ciertos medicamentos recetados, la mayoría de los servicios fuera de la red de RMHP y los equipos médicos, como sillas de ruedas. Si tiene preguntas sobre el programa de administración de la utilización de RMHP, llame a Servicios para Miembros al número que figura a continuación y pida hablar con un responsable de Administración de la Atención. Tiene derecho a apelar cualquier decisión que tome RMHP. Por ejemplo, si RMHP deniega un servicio que su médico ha solicitado para usted, puede solicitar a RMHP que realice una nueva revisión. En este manual, se incluye más información sobre sus derechos a presentar quejas y apelaciones, o puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda.

La cobertura se limita a los beneficios descritos en este Manual del miembro de CHP+. La autorización previa no es garantía de pago. El fraude o el abuso pueden hacer que se deniegue el pago. Además, cuando RMHP recibe una reclamación (una factura de su proveedor de atención médica), se revisa utilizando este Manual del miembro de CHP+ como herramienta para determinar la cobertura. Si la reclamación recibida describe un servicio que no es un beneficio cubierto, posiblemente se rechace la reclamación. La reclamación también se puede rechazar si el servicio descrito en la reclamación es diferente del servicio preautorizado.

Rocky Mountain Health Plans cuenta con personas que lo pueden ayudar

¿Quién puede ayudarme con mis necesidades de atención de la salud?

Médico de cabecera

Pregúntele al médico de cabecera de su hijo con qué frecuencia debe llevar a su hijo al médico. Los niños necesitan ir al médico de cabecera al menos una vez al año, incluso cuando están bien. Los médicos de cabecera le proporcionarán la atención médica y de la salud que necesita, o lo derivarán a otro proveedor o a servicios y apoyos que pueden ayudarlo. Muchos consultorios de atención primaria dentro de la red de RMHP han participado en actividades para ser un consultorio de atención primaria de avanzada o están designados como un hogar médico certificado de atención primaria.

Coordinador de atención de Rocky Mountain Health Plans

Los coordinadores de atención de RMHP están para ayudar a los miembros. Los coordinadores de atención:

- Conocen la atención de la salud y cómo ayudarlo a conocer el sistema de atención de la salud.
- Conocen los servicios comunitarios que pueden ayudarlo a recibir la atención que necesita.
- Trabajan con usted y con otros proveedores de atención médica para alcanzar los objetivos de salud.
- Pueden explicar los servicios cubiertos.
- Saben cómo tratar todo tipo de problemas médicos.
- **Transición de la atención:** Como miembro nuevo de RMHP, es posible que se haya estado atendiendo con un proveedor para una determinada afección médica. Un ejemplo de atención continua es la atención prenatal/obstétrica. Para asegurarnos de que su atención continua no se vea interrumpida, tenemos una política de transición de la atención. Si necesita hacer una transición de la atención, programe una visita con su médico de cabecera (PCP). Su PCP ayudará a coordinar su atención continua. Si el médico con el que se está atendiendo para atención continua es un proveedor fuera de la red, es posible que deba cambiar a un proveedor de la red en el plazo de 60 días, a menos que lo aprobemos nosotros. Si está embarazada y está en el segundo o tercer trimestre, esto no se aplica a usted.

Si un médico o proveedor de servicio con el que usted se está atendiendo nos notifica que dejará de ejercer o que rescindiré su contrato con nosotros, le notificaremos en un plazo de 15 días contados a partir de esa notificación o 30 días antes si hemos recibido notificación. Lo ayudaremos en la transición a un nuevo médico o proveedor de servicio.

- Pueden ayudar con derivaciones para mujeres embarazadas y niños con necesidades especiales.
- Pueden ayudar a coordinar servicios con socios de la comunidad.

Nuestros coordinadores de atención pueden ayudarlo con sus necesidades o sus preguntas sobre su atención. +Estos son ejemplos de cómo un coordinador de atención puede ayudar:

- Tiene programada una cirugía y desea más información al respecto.
- Su médico le indicó pruebas o medicamentos sobre los que tiene preguntas.
- Tiene una enfermedad o un problema médico, y tiene preguntas.

Los coordinadores de atención de RMHP trabajan con sus médicos para asegurarse de que hablen entre sí sobre su atención. Los coordinadores de atención también comprueban si otros servicios pueden funcionar para usted. Esto ayuda a garantizar que usted reciba atención que sea médicamente necesaria.

Tener necesidades especiales de atención de la salud puede ser aterrador y difícil, pero RMHP está aquí para ayudarlo. Queremos que siga el plan de tratamiento de su médico y conozca sus necesidades especiales. Nuestro personal de enfermería y nuestros coordinadores de atención trabajarán con usted de forma individual.

Si está embarazada, Rocky Mountain Health Plans puede ayudarla durante el embarazo. Podemos hablar con usted para ver si está en riesgo de tener a su bebé antes de tiempo. Nuestros coordinadores de atención también pueden ayudarla con cuestiones especiales, como por ejemplo, gemelos, lactancia, parto prematuro, diabetes, reposo absoluto y programas para dejar de fumar.

Cómo ponerse en contacto con un coordinador de atención de RMHP

A veces, su médico u hospital pueden decirle a RMHP que un miembro de RMHP necesita un coordinador de atención. También puede llamarnos y pedirnos ayuda.

Puede comunicarse con nosotros de la siguiente manera:

- Llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947** y pida hablar con un coordinador de atención.
- Si necesita asistencia de idiomas, puede llamarnos.
- Si es sordo, tiene problemas de audición o tiene una discapacidad del habla, llame al **711** para comunicarse con el servicio de retransmisión de Colorado o use la función de chat en vivo en uhccp.com/CO o a través del sitio web seguro para miembros myuhc.com/communityplan.
- El personal de coordinación de atención está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
- Si llama después del horario de atención, puede dejar un mensaje y lo llamaremos el siguiente día hábil.

Su derecho a tomar decisiones de atención de la salud: instrucciones anticipadas

¿Qué es una directriz anticipada?

Es un tipo de instrucción por escrito sobre la atención de la salud que se debe seguir si usted no puede tomar decisiones sobre el tratamiento médico. Usted prepara sus instrucciones anticipadas cuando puede tomar estas decisiones. Luego, si hay algún momento en el que no pueda tomar decisiones sobre el tratamiento médico, se seguirán las instrucciones. Estas instrucciones no le quitan el derecho a decidir lo que desea si puede hacerlo en el momento en que se necesite una decisión.

Existen tres tipos de instrucciones anticipadas:

- Una **instrucción de RCP**, a veces llamada ONR u orden de no reanimar, le informa al personal de atención médica de emergencia y a otras personas que no le hagan RCP. RCP es la abreviatura de reanimación cardiopulmonar.
- Un **poder notarial permanente para asuntos médicos** le permite nombrar a una persona que pueda tomar decisiones de salud por usted.
- Un **documento de voluntades anticipadas** se aplica solo en casos de enfermedad terminal. Esto significa una enfermedad o lesión que provoca la muerte.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. 35

Si decide tener un documento de instrucciones anticipadas, es importante que hable con su médico, su familia y con otras personas sobre sus elecciones, o si las cambia. Entregue copias de sus instrucciones médicas anticipadas a su médico, sus familiares y a su apoderado de atención de la salud si tiene uno.

¿RMHP le exige que complete un documento de instrucciones anticipadas?

No. La ley establece que no se le denegarán servicios, tratamiento ni ingreso en un establecimiento si usted decide no firmar un documento de instrucciones anticipadas. La ley se aplica a todos los adultos, independientemente de su problema de salud o afección.

Conocer la ley

En RMHP, queremos que conozca sus derechos a la hora de tomar decisiones sobre su salud.

No se le denegarán tratamiento, servicios ni ingreso en un establecimiento si no completa un documento de instrucciones anticipadas.

Tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier atención médica y tratamiento, a menos que un tribunal ordene la atención.

En una emergencia, se supone que usted presta su consentimiento para RCP, atención de la salud y tratamiento. Le informaremos sobre las leyes de Colorado que rigen su derecho a tomar decisiones de atención de la salud.

Debe recibir información sobre instrucciones anticipadas cada vez que sea ingresado como paciente o se convierta en residente de:

- cualquier centro de atención de la salud que recibe dinero de Medicare o Colorado Medicaid;
- una residencia de ancianos, una organización para el mantenimiento de la salud (health maintenance organization, HMO), un centro de cuidados para enfermos terminales, un programa atención médica domiciliaria o un programa de atención personal que recibe dinero de Medicare o Colorado Medicaid.

También debe recibir información por escrito sobre las políticas del establecimiento y del proveedor con respecto a las instrucciones anticipadas.

La ley de Colorado establece lo siguiente:

Antes de que ya no pueda tomar sus propias decisiones, puede completar un poder notarial permanente para asuntos médicos. Este documento legal nombra o designa a la persona que tomará las decisiones legales y de atención de la salud si usted no puede hacerlo.

Una vez que ya no pueda tomar sus propias decisiones, si no ha completado un documento de instrucciones médicas anticipadas:

- Una persona cercana a usted puede ser su apoderado. Un apoderado es un responsable sustituto de la toma de decisiones.
- El médico o la persona designada por el médico deben hacer lo posible para ponerse en contacto con las personas cercanas al paciente. El objetivo es encontrar un apoderado o un responsable sustituto de la toma de decisiones.

¿Cómo me quejo si no se cumplen mis instrucciones anticipadas?

Las quejas sobre proveedores que no cumplan con las instrucciones anticipadas de un miembro pueden presentarse ante el Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado. Envíe la queja a:

Health Facilities and Emergency Medical Services Division
Colorado Department of Public Health and Environment
4300 Cherry Creek Drive South
Denver, CO 80246-1530

Llame al 303-692-2836.

Advance Directives Coalition

El folleto “Your Right to Make Health Care Decisions” (Su derecho a tomar decisiones de atención de la salud) fue elaborado por la Advance Directives Coalition en colaboración con la Colorado Hospital Association.

Puede obtener una sola copia gratuita del folleto de la Colorado Hospital Association. Llame al 720-489-1630.

Servicios cubiertos

En esta sección, se describen los beneficios y los servicios cubiertos del programa CHP+ de Colorado y de este plan CHP+ de RMHP. Para obtener servicios cubiertos, los miembros deben seguir las instrucciones de este Manual del miembro de CHP+. Los siguientes son puntos importantes sobre la cobertura de este plan.

- Este plan cubre servicios y suministros médicamente necesarios y preventivos.
- Este plan no cubre los servicios que se enumeran como excluidos o como exclusión en este Manual del miembro de CHP+.
- Este plan cubre los servicios que son práctica médica estándar para la enfermedad, lesión o afección que se trata, y que son legales en los Estados Unidos de América.
- El hecho de que un proveedor recete, indique, recomiende o apruebe un servicio, tratamiento o suministro no lo hace médicamente necesario o un servicio cubierto, y no garantiza el pago por parte de RMHP.
- Si tiene preguntas sobre un servicio o beneficio, llame a Servicios para Miembros.

Todos los servicios cubiertos están sujetos a las exclusiones enumeradas en esta sección, además de las exclusiones en otras secciones de este Manual del miembro de CHP+, incluidas las enumeradas en la sección **Exclusiones y limitaciones generales** de este manual. Todos los servicios cubiertos están sujetos a otras condiciones y limitaciones de este Manual del miembro de CHP+.

Servicios de audiología

¿Dónde puedo recibir servicios de audiología?

Debe recibir servicios de audiología (audición) de un audiólogo o de un centro de audiología de la red.

¿Qué servicios de audiología están cubiertos?

Los siguientes servicios de audiología están cubiertos:

- Exámenes auditivos adecuados para la edad para atención preventiva.
- Exámenes auditivos para recién nacidos y seguimiento en el caso de que el examen no tenga resultado satisfactorio.
- Audífonos iniciales y audífonos de reemplazo con una frecuencia máxima de cada cinco años.
- Un audífono nuevo cuando la alteración del audífono existente no pueda satisfacer adecuadamente sus necesidades.
- Servicios y suministros, incluidos, entre otros, la evaluación inicial, la prueba, los ajustes y el entrenamiento auditivo que se proporciona de acuerdo con los estándares profesionales aceptados.

38 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Servicios dentales

Cobertura dental de rutina del programa CHP+: póngase en contacto con DentaQuest

Para los miembros de CHP+ inscritos en este plan, DentaQuest proporciona cobertura para servicios preventivos, de diagnóstico y otros servicios dentales. Póngase en contacto con DentaQuest llamando al número gratuito 1-888-307-6561 si tiene preguntas sobre los servicios dentales de DentaQuest para miembros de CHP+ de RMHP y para encontrar un dentista cerca de su domicilio. Pregunte a DentaQuest qué servicios dentales están cubiertos para los miembros de CHP+, como por ejemplo, exámenes dentales, limpiezas, radiografías y servicios como empastes y coronas. Ahora hay cobertura prenatal disponible a través de DentaQuest.

¿Qué servicios dentales cubre este plan?

Este plan proporciona cobertura para problemas dentales debido a accidentes y ciertas afecciones dentales relacionadas con la salud que se explican a continuación. La mayoría de los servicios dentales para miembros de CHP+ son proporcionados por DentaQuest, como se indicó anteriormente.

Servicios dentales relacionados con accidentes prestados por RMHP en virtud de este plan:

- Se proporciona cobertura para reparaciones dentales relacionadas con accidentes para dientes naturales sanos o tejidos corporales relacionados dentro de las 72 horas de un accidente.
- Los servicios dentales para estabilizar los dientes después de un accidente o una lesión están cubiertos si se reciben dentro de las 72 horas del accidente.
- La cobertura de los servicios dentales relacionados con accidentes no incluye la restauración dental.
- Si los servicios dentales se reciben después de más de 72 horas del accidente, los servicios no estarán cubiertos. Esto incluye la atención de seguimiento.

Anestesia dental. Este plan cubre los siguientes servicios de anestesia dental:

- Anestesia general cuando se administra en un hospital, centro quirúrgico ambulatorio u otro centro. El hospital o centro asociado cobra por la atención odontológica.
- Para que los servicios de anestesia dental estén cubiertos, usted debe:
 - Tener una afección física, mental o médicamente comprometedora.
 - Tener necesidades dentales para las que la anestesia local no es eficaz debido a una infección aguda, una variación anatómica o una alergia.
 - Ser considerado extremadamente poco cooperativo, inmanejable, no comunicativo o ansioso por su proveedor, y sus necesidades dentales deben considerarse lo suficientemente importantes como para que no se pueda postergar la atención dental.
 - Haber sufrido un traumatismo bucofacial y dental importante.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. 39

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Hospitalización para atención odontológica

Cuando sea médicamente necesario, este plan cubre servicios hospitalarios relacionados con la atención dental. DentaQuest cubre los servicios dentales elegibles; llame a DentaQuest para obtener información sobre los servicios dentales que están cubiertos.

Labio leporino y paladar hendido

Este plan cubre los siguientes servicios en relación con el labio leporino o el paladar hendido cuando son prestados por o bajo la dirección de un proveedor, y solo cuando los servicios son médicamente necesarios. La cobertura se proporciona únicamente si usted no tiene otra póliza u otro plan de seguro dental en el momento en que se reciben los siguientes servicios:

- Cirugía oral y facial, tratamiento quirúrgico y atención de seguimiento por parte de cirujanos plásticos o cirujanos orales.
- Tratamiento protésico, como obturadores, aparatos del habla y aparatos de alimentación.
- Tratamiento de ortodoncia médicamente necesario.
- Tratamiento de prostodoncia médicamente necesario.
- Terapia del habla de habilitación.
- Tratamiento otorrinolaringológico para problemas de oído y garganta.
- Evaluaciones y tratamientos audiológicos (auditivos).
- Las visitas de terapia del habla médicamente necesarias por labio leporino o paladar hendido son ilimitadas. Estas visitas de terapia del habla se computan para el máximo de 30 visitas de terapia, pero no se limitan al máximo de visitas.

Servicios de barniz de fluoruro

El barniz de fluoruro es cuando se pintan con fluoruro los dientes para protegerlos de las caries. Este plan cubre el servicio de barniz de fluoruro cuando lo presta un médico de cabecera participante de RMHP en su consultorio. Los miembros de CHP+ también pueden recibir el servicio de barniz de fluoruro de un dentista a través de su beneficio dental de CHP+, administrado por DentaQuest. Pregunte a DentaQuest cómo recibir servicios de barniz de fluoruro de un dentista en virtud del beneficio dental de CHP+.

- Para que este plan cubra (pague) los servicios de barniz de fluoruro, estos deben ser prestados por un médico de cabecera participante de RMHP. Este servicio no requiere autorización previa.
- Este plan cubre hasta dos tratamientos de barniz de fluoruro en un año calendario para niños de 0 a 4 años.
- Antes de que su PCP preste el servicio, también realizará una evaluación del riesgo.
- Para tener cobertura, su PCP debe haber recibido formación adecuada para tratamiento de barniz de fluoruro.

¿Qué servicios de barniz de fluoruro no están cubiertos (exclusiones)?

Los siguientes servicios de barniz de fluoruro no están cubiertos:

- Barniz de fluoruro para niños de 5 años o más.
- Servicios de barniz de fluoruro recibidos de un proveedor fuera de la red.
- Servicios de barniz de fluoruro recibidos de un proveedor que no es un PCP.
- Los servicios de barniz de fluoruro prestados por un dentista pueden estar cubiertos por el beneficio dental de rutina. Llame a DentaQuest al número gratuito 1-888-307-6561 para obtener información.
- Tratamiento de barniz de fluoruro que no incluye una evaluación del riesgo realizada por su PCP.

¿Qué servicios dentales no están cubiertos (exclusiones)?

Los siguientes servicios, suministros y cuidados dentales no están cubiertos:

- Restauración de la boca, los dientes o la mandíbula debido a lesiones por morder o masticar.
- Restauraciones, suministros o aparatos, incluidos, entre otros, restauraciones cosméticas, reemplazo cosmético de restauraciones y materiales utilizables (como metal precioso) que no son médicamente necesarios para estabilizar los dientes dañados.
- Servicios hospitalarios o ambulatorios debido a la edad del miembro, la afección médica del miembro o la naturaleza de los servicios dentales, excepto según lo descrito anteriormente.
- Aumento o reducción de la mandíbula superior o inferior (cirugía ortognática) aunque la afección se deba a una característica genética congénita o adquirida.
- Dispositivos implantados artificiales e injertos óseos para el uso de dentaduras postizas.
- Ni el tratamiento ni la cirugía de la articulación temporomandibular (ATM) están cubiertos, a menos que tenga una base médica.
- Administración de anestesia para servicios dentales, cargos de quirófano y sala de recuperación, y servicios del cirujano, salvo por los servicios permitidos antes mencionados.

Atención de emergencia y de urgencia/fuera del horario de atención

Atención de urgencia/fuera del horario de atención

Puede recibir atención de urgencia en cualquier lugar de los Estados Unidos. La atención de urgencia no es lo mismo que la atención de emergencia. La atención de urgencia es para una enfermedad o lesión que necesita atención médica rápida, pero no pone en riesgo su vida o una extremidad. **Si necesita atención de urgencia, llame al consultorio de su PCP** y siga lo que le indiquen. Si necesita atención médica de urgencia después del horario de atención habitual, también tiene que llamar al consultorio de su PCP. Esto incluye fines de semana y días festivos.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. 41

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Siempre hay un médico que le devolverá la llamada y le dará instrucciones. Hay médicos que atienden a pacientes de RMHP que están de guardia durante el día y la noche, todos los días, en caso de emergencias. Si necesita atención de urgencia, puede llamar al consultorio de su PCP a cualquier hora del día o de la noche y dejar un mensaje. Aunque su PCP no esté, un médico lo llamará para decirle cómo recibir atención.

¿Qué atención de urgencia/fuera del horario de atención está cubierta?

- Se proporcionan beneficios por accidentes o atención médica recibida de un centro de atención de urgencias u otro centro, como el consultorio de un proveedor.
- La atención de urgencia y fuera del horario de atención recibida dentro del área de servicio de RMHP está cubierta solo cuando la proporciona un PCP o un centro de atención de urgencias o un proveedor de atención de urgencia de la red.
- Cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de CHP+ de RMHP, la atención de urgencia/fuera del horario de atención estará cubierta.
- Si no se siente bien, visite a su PCP antes de salir de la ciudad. Si recibe atención lejos de su hogar, llame a su médico dentro de las 48 horas.

Atención de emergencia

Puede recibir atención de emergencia en cualquier lugar de los Estados Unidos. Puede recibir atención las 24 horas del día. Puede recibir atención todos los días del año. No necesita autorización de RMHP para ir a la sala de emergencias en el caso de una emergencia real. Si no puede llamarnos e informarnos sobre su visita a la sala de emergencias o su visita de atención de urgencia, su atención de todos modos estará cubierta.

Los servicios de la sala de emergencias son costosos. Muchos médicos lo atenderán en sus consultorios fuera del horario de atención o los fines de semana. Algunos hospitales incluso tienen salas de consultas o atención de urgencia cerca de la sala de emergencias donde puede recibir atención. También puede haber un centro de atención de urgencia cerca de su domicilio. Estos centros cuestan menos que ir a la sala de emergencias. Es posible que tenga que pagar un copago si va a la sala de emergencias cuando no tiene una verdadera emergencia.

Cuando tenga una verdadera emergencia médica, llame al **911**. Puede ir a la sala de emergencias más cercana. La sala de emergencias es el lugar equivocado para la atención de rutina, como un control o un resfriado. Es el lugar equivocado para recibir atención que podría recibir de su médico.

Cuándo debe utilizar la sala de emergencias

Vaya a la sala de emergencias cuando tenga una verdadera emergencia médica. Una emergencia se produce cuando una persona con un conocimiento promedio de salud y medicina cree que si no recibe atención de la salud de inmediato, podría suceder lo siguiente: su salud, la salud de sus hijos o la salud de su bebé en gestación se verían perjudicadas; su cuerpo no funcionaría correctamente; o un órgano o una parte de su cuerpo no funcionarían correctamente.

Algunos ejemplos de cuándo debe ir a la sala de emergencias:

- Su médico de cabecera le indica que vaya a la sala de emergencias.
- Tiene una hemorragia grave.
- Tiene dolor en el pecho.
- Tiene dificultad para respirar.
- Cree que su afección puede poner en peligro la vida de su bebé en gestación.
- Siente un dolor repentino o intenso.
- Tiene cambios repentinos en la visión.
- Pierde el conocimiento.
- Tiene una lesión en la cabeza.

Esto es lo que debe hacer si tiene una emergencia que pone en riesgo la vida o una extremidad

- Vaya a la sala de emergencias más cercana, llame al **911** o llame al número de teléfono local de emergencias.
- Dígale al personal de la sala de emergencias que es miembro de RMHP.
- Llame a su PCP lo antes posible.
- Muestre su tarjeta de identificación de Rocky Mountain Health Plans en el hospital.

Esto es lo que debe hacer si tiene una emergencia que no pone en riesgo la vida

- Llame a su PCP, si puede, e infórmele sobre su enfermedad o lesión.
- Siga lo que le indique su médico sobre si debe ir al hospital o al consultorio del médico.
- Si no puede localizar a su médico, vaya a la sala de emergencias más cercana.
- Muestre su tarjeta de identificación de Rocky Mountain Health Plans en el hospital.

Esto es lo que debe hacer si se enferma o lesiona, pero no es una emergencia

- Llame a su PCP en cualquier momento.
- El mensaje del teléfono del consultorio puede darle un número para llamar a un médico que pueda atenderlo. Esto puede suceder si su médico no está. Esto también puede suceder cuando el consultorio está cerrado. Siempre habrá una persona que responda a su llamada. Siempre puede obtener ayuda.
- Informe al médico que es miembro de RMHP y cuénteles sobre su enfermedad o lesión.
- Siga lo que le indique el médico sobre si debe ir al hospital o al consultorio del médico.

¿Qué servicios de atención de emergencia están cubiertos?

Este plan cubre la atención de emergencia que es necesaria para evaluar y estabilizar, si una persona prudente con un conocimiento promedio sobre servicios de salud y medicina que actúa razonablemente hubiera creído que existe una afección médica de emergencia o una emergencia que pone en riesgo la vida o una extremidad. Esto significa que cree que su vida estaba en peligro debido a la enfermedad o emergencia, o que una de sus extremidades estaba en peligro (por ejemplo, pensó que se fracturó la pierna).

También se cubren los servicios de atención posteriores a la estabilización. No es necesario que obtenga autorización previa para la atención posterior a la estabilización. Estos son servicios que el proveedor que lo atendió en una emergencia dice que usted necesita antes de que pueda irse a casa o a otro lugar para recibir atención. El monto del costo compartido para los servicios posteriores a la estabilización debe ser igual o más bajo para los proveedores fuera de la red que para los proveedores de la red. Los servicios de atención posteriores a la estabilización son servicios cubiertos que:

- están relacionados con una afección médica de emergencia;
- se prestan después de estabilizar al miembro, y
- se prestan para mantener la afección estabilizada, o bajo ciertas circunstancias (ver a continuación), para mejorar o resolver la afección del miembro.

¿Qué sucede si ingreso en el hospital después de recibir atención de emergencia?

Si ingresa en el hospital, no tendrá que pagar el copago de la sala de emergencias.

Si recibe tratamiento en un hospital fuera de la red en una situación de urgencia o por una emergencia, informe al hospital que la factura detallada del hospital debe enviarse a la dirección que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de RMHP. Si usted o el proveedor tienen alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

Una vez estabilizado, la continuación de la atención y el tratamiento no constituyen atención de emergencia. Se denegará la atención de un proveedor fuera de la red más allá de lo necesario para evaluar o estabilizar su afección, a menos que RMHP autorice la continuación de la atención hospitalaria por parte del proveedor que no pertenece a la red. Un administrador de atención puede ayudarlo a que lo trasladen a un centro dentro de la red una vez que se encuentre médicamente estable.

¿Qué servicios de atención de emergencia no están cubiertos? (Exclusiones)

Los siguientes servicios, suministros y cuidados no están cubiertos:

- No utilice un centro de emergencia para servicios que no sean de emergencia. No está cubierto.
- La atención de seguimiento, que incluye, entre otras cosas, retirar puntos o cambiar vendajes, recibida en una sala de emergencias o en un centro de atención de urgencias no se considera atención de emergencia. Debe recibir la atención de seguimiento de su médico de cabecera (PCP).

Viajes fuera del país

Los servicios de atención médica prestados fuera del país están cubiertos únicamente para atención de emergencia. Si tiene una emergencia fuera del país, debe ir al centro médico más cercano. Informe al hospital que la factura detallada del hospital debe enviarse a la dirección que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de RMHP. Si usted o el proveedor tienen alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

Cuando regrese a casa, comuníquese con Servicios para Miembros. RMHP puede requerir los registros médicos de los servicios recibidos. Usted es responsable de proporcionar estos registros médicos y puede ser necesario que proporcione una traducción al inglés de los registros médicos.

Planificación familiar/salud reproductiva

¿A quién debo acudir para servicios de planificación familiar/salud reproductiva?

Los servicios de planificación familiar/salud reproductiva no requieren autorización previa ni derivación para ningún proveedor, independientemente de si están dentro de la red o no. Podría ser un PCP o un obstetra/ginecólogo.

¿Qué servicios de planificación familiar/salud reproductiva están cubiertos?

La planificación familiar lo ayuda a decidir si tendrá hijos y cuándo tenerlos. Los servicios de planificación familiar/salud reproductiva cubiertos incluyen:

- Inyección de Depo-Provera con fines anticonceptivos.
- Colocación de diafragma o capuchón cervical.
- Implantación y extracción quirúrgica de un dispositivo anticonceptivo implantable.
- Colocación, inserción o extracción de un dispositivo intrauterino (DIU).
- La compra de DIU, diafragmas, dispositivos anticonceptivos implantables y capuchones cervicales que se entregan en el consultorio de un proveedor.
- Pruebas para diagnosticar una posible enfermedad genética.
- Pruebas y tratamiento de VIH y enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Píldoras anticonceptivas con receta.

¿Qué servicios de planificación familiar/salud reproductiva no están cubiertos? (Exclusiones)

Los siguientes servicios de planificación familiar/salud reproductiva no están cubiertos:

- Esterilización quirúrgica (por ejemplo, ligadura de trompas o vasectomía) y servicios relacionados.
- Reversión de procedimientos de esterilización.
- Productos anticonceptivos de venta libre, como preservativos y espermicidas.
- Asesoramiento y pruebas previas a la concepción, de paternidad o pruebas genéticas ordenadas por un tribunal (por ejemplo, pruebas para determinar el sexo o las características físicas de un bebé en gestación).
- Interrupción voluntaria del embarazo, a menos que la interrupción voluntaria sea para salvar la vida de la madre o si el embarazo es el resultado de un acto de violación o incesto.

Atención médica domiciliaria/terapia de infusión domiciliaria

¿Quién puede proporcionar atención médica domiciliaria/terapia de infusión domiciliaria?

Se proporcionan beneficios para servicios prestados por una agencia de atención médica a domicilio que puede coordinar y prestar servicios de enfermería, servicios de auxiliares de salud a domicilio y otros servicios terapéuticos. La terapia de infusión domiciliaria se brinda cuando personal de enfermería acude a su casa para administrarle un medicamento por vía intravenosa (a través de una vía intravenosa) o con una inyección.

¿Qué servicios de atención médica domiciliaria/terapia de infusión domiciliaria están cubiertos?

Los servicios de atención médica domiciliaria están cubiertos solo cuando son necesarios como alternativas a la hospitalización.

- No se requiere hospitalización previa para los servicios de atención médica domiciliaria
- Para recibir servicios de atención médica domiciliaria, debe tener una orden por escrito de su proveedor. Su proveedor trabajará con la agencia de atención médica a domicilio para establecer un plan de atención. El personal de enfermería registrado de la agencia de atención médica a domicilio coordinará los servicios del plan de atención.
- Todos los servicios de atención médica domiciliaria/terapia de infusión domiciliaria requieren autorización previa de RMHP. RMHP se reserva el derecho de revisar los planes de tratamiento en cualquier momento mientras esté recibiendo atención médica domiciliaria o terapia de infusión domiciliaria.

Los servicios de atención médica domiciliaria cubiertos incluyen lo siguiente:

- Servicios de enfermería profesional prestados por personal de enfermería registrado (registered nurse, RN) o personal de enfermería con licencia (licensed practical nurse, LPN) en un calendario de visitas definido.
- Servicios de auxiliares de enfermería certificados si están bajo la supervisión de personal de enfermería registrado o de un terapeuta calificado con servicios profesionales de enfermería.
- Fisioterapia proporcionada por un fisioterapeuta con licencia.
- Terapia ocupacional proporcionada por un terapeuta ocupacional con licencia o un asistente de terapia ocupacional certificado.
- Servicios de terapia respiratoria y de inhalación.
- Servicios de audiología y terapia del habla y la audición.
- Servicios médicos/sociales.
- Suministros médicos (incluidos suministros respiratorios), equipo médico duradero (alquiler o compra), oxígeno, aparatos, prótesis y aparatos ortopédicos.
- Las fórmulas para trastornos metabólicos, nutrición parenteral total, nutrición enteral y productos nutricionales, y las fórmulas para sondas de gastrostomía están cubiertas para necesidades médicas documentadas, incluido el logro de un crecimiento y desarrollo normales.
- Medicamentos intravenosos (IV) y otros medicamentos con receta que no están disponibles normalmente a través de una farmacia minorista.
- Asesoramiento nutricional por parte de un nutricionista o dietista.

La **terapia de infusión domiciliaria** también se conoce como terapia IV domiciliaria o terapia de inyección domiciliaria. Los beneficios para terapia de infusión domiciliaria incluyen una combinación de servicios de enfermería, equipo médico duradero y servicios farmacéuticos en el hogar. Los servicios de terapia de infusión domiciliaria cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Tratamiento con antibióticos, hidratación y quimioterapia.
- Inyecciones intramusculares, subcutáneas y subcutáneas continuas.

Consulte la sección **Servicios de nutrición y alimentación** para obtener información sobre nutrición parenteral total (NPT) y nutrición enteral.

¿Qué servicios de atención médica domiciliaria/terapia de infusión domiciliaria no están cubiertos? (Exclusiones)

Los siguientes servicios, suministros y cuidados no están cubiertos:

- Cuidado asistencial, que es cuando alguien acude a su casa para ayudarlo a bañarse, vestirse o con otras actividades de cuidado personal.
- Atención proporcionada por personal de enfermería que normalmente vive en su casa o es un familiar directo.
- Servicios o suministros para comodidad personal, como servicios domésticos para limpieza del hogar.
- Servicios de alimentos, comidas, fórmulas y suplementos distintos de los mencionados anteriormente, o asesoramiento sobre alimentación, aunque los alimentos, las comidas, las fórmulas o los suplementos sean la única fuente de nutrición.
- Asesoramiento pastoral/religioso o espiritual.

Atención en centros de cuidados para enfermos terminales

¿Quién puede prestar los servicios de cuidados para enfermos terminales cubiertos?

Los cuidados para enfermos terminales pueden prestarse en el hogar del miembro o en un centro hospitalario. Los servicios de cuidados para enfermos terminales deben recibirse a través de un programa de cuidados para enfermos terminales dentro de la red.

¿Qué servicios de cuidados para enfermos terminales están cubiertos?

Para ser elegible para los beneficios de cuidados para enfermos terminales en el hogar o en un entorno hospitalario, el miembro debe tener una esperanza de vida de seis meses o menos, según lo certificado por el proveedor que lo atiende. Los cuidados para enfermos terminales incluyen servicios médicos, físicos, sociales, psicológicos y espirituales que hacen énfasis en los cuidados paliativos para los pacientes. Los proveedores de servicios de cuidados para enfermos terminales en un entorno hospitalario o en el hogar deben recibir autorización previa antes de proporcionar la atención. RMHP aprueba inicialmente cuidados para enfermos terminales durante un período de tres meses.

- Los beneficios pueden continuar durante un máximo de dos períodos adicionales de tres meses para un total de nueve meses. No tienen por qué ser períodos consecutivos de tres meses.
- Después de agotar tres períodos de beneficios, RMHP trabajará con el proveedor y con el proveedor de cuidados para enfermos terminales para determinar si corresponde continuar con los cuidados para enfermos terminales.
- RMHP se reserva el derecho de revisar los planes de tratamiento mientras el miembro está recibiendo cuidados para enfermos terminales.

Hay cobertura para cuidados para enfermos terminales disponible para los siguientes servicios en el hogar del miembro:

- Visitas por parte de proveedores de cuidados para enfermos terminales.
- Servicios de enfermería especializada prestados por personal de enfermería registrado (RN) o personal de enfermería con licencia (LPN).
- Suministros y equipos médicos suministrados por el proveedor de cuidados para enfermos terminales que se utilizan durante una visita cubierta. Si los equipos no son suministrados por

48 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

el proveedor de cuidados para enfermos terminales, consulte la sección **Suministros y equipos médicos**.

- Fármacos y medicamentos para un niño con una enfermedad terminal que son suministrados por el proveedor de cuidados para enfermos terminales. Si los medicamentos no son suministrados por el proveedor de cuidados para enfermos terminales, consulte la sección **Medicamentos recetados**.
- Servicios de un terapeuta habilitado o certificado para fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia del habla.
- Servicios sociales médicos prestados por una persona calificada con un título en Trabajo Social, Psicología o Terapia, o el equivalente documentado en una combinación de educación, formación y experiencia. Dichos servicios deben prestarse, por recomendación de un proveedor, para ayudarlo a sobrellevar una afección médica específica.
- Servicios de un auxiliar de salud a domicilio bajo la supervisión de personal de enfermería registrado
- Evaluación nutricional, asesoramiento y apoyo, como por ejemplo, alimentación intravenosa, hiperalimentación y alimentación enteral.

También hay beneficios disponibles para adaptaciones funcionales y servicios de cuidados para enfermos terminales para pacientes hospitalizados.

Atención de relevo

La atención de relevo es atención total que se proporciona a pacientes que tienen una enfermedad terminal durante un período de tiempo corto para que la familia del paciente pueda tener un descanso breve.

- El paciente puede recibir atención de relevo durante un período que no supere cinco días seguidos por cada 60 días de cuidados para enfermos terminales.
- El paciente no puede recibir atención de relevo durante más de dos estadías de atención de relevo durante un período de beneficios de cuidados para enfermos terminales (un período de cuidados para enfermos terminales equivale a tres meses).
- La atención de relevo de salud mental es un beneficio cubierto.
 - Todas las solicitudes de atención de relevo deben provenir de un proveedor de salud mental de la red.
 - Toda la atención de relevo de salud mental requiere autorización previa y revisión de los registros médicos.
 - La atención de relevo se basa en la necesidad médica y es revisada por un director médico.

¿Qué servicios de cuidados para enfermos terminales no están cubiertos? (Exclusiones)

Los siguientes servicios no están cubiertos:

- Servicios de alimentos y comidas, con la excepción de los servicios de evaluación nutricional, asesoramiento y apoyo mencionados anteriormente.
- Servicios o suministros para comodidad personal, como servicios domésticos y servicios de limpieza.
- Enfermería privada
- Asesoramiento pastoral/religioso y espiritual fuera del entorno de cuidados para enfermos terminales.
- Asesoramiento sobre duelo para familiares fuera del entorno de cuidados para enfermos terminales.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a **49** Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos

¿Quién puede prestar servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos?

Los servicios de trasplante cubiertos deben prestarse en centros de trasplante designados.

¿Qué servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos están cubiertos?

- Hay cobertura disponible para servicios de trasplante que son médicamente necesarios y no son procedimientos experimentales. Se proporcionan beneficios para servicios directamente relacionados con los siguientes trasplantes:
 - Corazón
 - Pulmón (simple o doble), solo para enfermedad pulmonar terminal
 - Corazón-pulmón
 - Riñón
 - Riñón-páncreas
 - Hígado
 - Médula ósea para miembros con enfermedad de Hodgkin, anemia aplásica, leucemia, inmunodeficiencia combinada grave, neuroblastoma, linfoma, cáncer de mama en estadio II o III de alto riesgo o síndrome de Wiskott-Aldrich
 - Células madre de sangre periférica para miembros con enfermedad de Hodgkin, anemia aplásica, leucemia, inmunodeficiencia combinada grave, neuroblastoma, linfoma, cáncer de mama en estadio II o III de alto riesgo o síndrome de Wiskott-Aldrich
 - Córnea

Los servicios se cubren en función de los estándares establecidos por la comunidad médica y por RMHP. Se necesita derivación de su PCP y autorización previa de RMHP antes de prestar los servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos. Deben cumplirse los siguientes lineamientos para obtener servicios cubiertos de trasplante de órganos o tejidos humanos:

- Todos los trasplantes de órganos y tejidos humanos deben realizarse en un hospital designado y aprobado por RMHP para cada servicio cubierto específico prestado en virtud de esta sección.
- RMHP y el hospital aprobado deben determinar que el miembro es candidato para alguno de los servicios cubiertos especificados en esta sección.
- Todos los trasplantes de órganos y tejidos humanos deben contar con autorización previa en función de los criterios clínicos y los lineamientos establecidos, adoptados o respaldados por RMHP o su persona designada. La aprobación de dichos servicios cubiertos quedará a criterio exclusivo de RMHP.
- Se requiere autorización previa para las hospitalizaciones que no sean de emergencia relacionadas con trasplantes de órganos y tejidos humanos. Si los servicios deben prestarse en función de una emergencia médica, se debe notificar a RMHP en el plazo de un día hábil después del ingreso.

Servicios hospitalarios, médicos, quirúrgicos y de otro tipo para trasplantes

Los siguientes servicios hospitalarios, quirúrgicos, médicos y de otro tipo son servicios cubiertos si cuentan con autorización previa de RMHP. Consulte la sección **Cómo recibir atención** para obtener información sobre los requisitos de autorización previa.

Servicios hospitalarios cubiertos para trasplantes

- Pensión completa en habitación semiprivada. Si se utiliza una habitación privada, este programa de beneficios solo proporcionará beneficios para los servicios cubiertos hasta el costo de la tarifa de habitación semiprivada, a menos que RMHP determine que una habitación privada es médicamente necesaria.
 - Servicios y suministros proporcionados por el hospital.
 - Medicamentos recetados utilizados en el hospital.
 - Sangre entera, administración de sangre y procesamiento de sangre.
 - Suministros y vendajes médicos y quirúrgicos.
 - Atención proporcionada en una unidad de cuidados especiales, que incluye todas las instalaciones, los equipos y los servicios de apoyo necesarios para proporcionar un nivel intensivo de atención a pacientes en estado crítico.
 - Uso de quirófanos y salas de tratamiento.
 - Servicios de diagnóstico, incluida una derivación para evaluación.
 - Servicios de fisioterapia de rehabilitación y restauración.

Servicios médicos cubiertos para trasplantes

- Servicios de profesionales para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
- Atención médica intensiva administrada cuando una afección requiere la asistencia constante de un proveedor y tratamiento durante un período de tiempo prolongado.
- Atención médica por parte de un proveedor distinto del cirujano que se preste simultáneamente durante la hospitalización para el tratamiento de una afección médica independiente de la afección para la que se realizó la cirugía.
- Atención médica por parte de dos o más proveedores administrada simultáneamente durante la hospitalización cuando la naturaleza o la gravedad de la afección requieren las habilidades de distintos proveedores.
- Servicios de consulta prestados por otro proveedor a petición del proveedor responsable, con la excepción de las consultas con el personal requeridas por las normas y reglamentaciones del hospital.
- Visitas a domicilio, al consultorio y otras visitas ambulatorias de atención médica para examen y tratamiento.

Servicios quirúrgicos cubiertos para trasplantes

- Servicios quirúrgicos relacionados con trasplantes de órganos y tejidos humanos cubiertos; no habrá pago por separado por los servicios preoperatorios y posoperatorios, ni por más de un procedimiento quirúrgico realizado al mismo tiempo.
- Servicios de un asistente quirúrgico en la realización de la cirugía cubierta, conforme lo permita RMHP.
- Administración de anestesia ordenada por el proveedor.

Otros servicios cubiertos para trasplantes

- Fármacos inmunosupresores médicamente necesarios para ayudar a mantener el órgano sano indicados para uso ambulatorio en relación con un trasplante cubierto de órganos y tejidos humanos, y que se dispensan solo con receta por escrito y aprobados para uso general por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- Transporte del órgano o tejido del donante.
- Evaluación y extirpación quirúrgica del órgano o tejido del donante y suministros relacionados.
- Costos de traslado hacia y desde el hospital para el receptor y un adulto. Si debe trasladarse temporalmente fuera de su ciudad de residencia para recibir un trasplante de órgano cubierto, hay cobertura disponible para viajar a la ciudad donde se realizará el trasplante. También hay cobertura disponible para costos razonables de alojamiento para usted y un adulto. Los gastos de viaje y alojamiento para usted y el adulto acompañante se limitan a un máximo de beneficios de por vida de \$10,000 por trasplante, que forma parte del beneficio máximo de por vida para trasplantes de órganos en virtud de esta disposición sobre “trasplante de órganos”. El costo del alojamiento está limitado a \$100 por día. Los gastos de viaje incurridos por el donante no se aplican a sus gastos de viaje y alojamiento de por vida, sino al beneficio máximo de por vida para estos trasplantes. No hay cobertura disponible para los gastos de viaje asociados a una evaluación previa al trasplante si el viaje se realiza más de cinco días antes del trasplante propiamente dicho.
- Como se usa en esta sección, la palabra “donante” se refiere a la persona que entrega un órgano o tejido de órgano humano para trasplante. Si el donante entrega un órgano o tejido de órgano humano al receptor del trasplante, se aplica lo siguiente:
 - Cuando tanto el receptor como el donante sean miembros de este plan CHP+ de RMHP, cada uno tiene derecho a los servicios cubiertos especificados en esta sección.
 - Cuando solo el receptor sea miembro, tanto el donante como el receptor tienen derecho a los servicios cubiertos especificados en esta sección.
 - Los beneficios para el donante se limitan a aquellos que no se proporcionan o que no están disponibles para el donante desde ninguna otra fuente. Esto incluye, sin carácter taxativo, otra cobertura de seguro, subsidios, fundaciones y programas del gobierno.
 - Si el donante es miembro de este plan y el receptor no lo es, no se proporcionarán beneficios para los gastos del donante o receptor.

- Los gastos del donante se pagarán solo después de que se hayan procesado las reclamaciones iniciales del miembro para el trasplante. No hay cobertura disponible para el donante después de que haya recibido el alta hospitalaria del centro de trasplante.
- No se proporcionarán beneficios para la adquisición de un órgano o tejido de órgano de un donante que no se utilice en un procedimiento de trasplante cubierto, a menos que el trasplante se cancele debido a la afección médica o al fallecimiento del miembro y el órgano no se pueda trasplantar a otra persona.
- No se proporcionarán beneficios para la adquisición de un órgano o tejido de órgano de un donante que se haya vendido en lugar de donarse.

Beneficio máximo de por vida para trasplantes de órganos

- La cobertura para todos los trasplantes de órganos cubiertos y todos los servicios relacionados con trasplantes, incluidos los gastos de viaje, alojamiento y del donante, o la adquisición del órgano se limita a un beneficio máximo de por vida para trasplantes de órganos principales de \$1,000,000 por miembro.
- Los montos aplicados al beneficio máximo de por vida para trasplantes de órganos incluyen todos los cargos cubiertos por servicios relacionados con el trasplante, como hospitalizaciones y servicios médicos relacionados con el trasplante, y cualquier hospitalización posterior y los servicios médicos posteriores relacionados con el trasplante. La cobertura de gastos de viaje, alojamiento y del donante también se aplica al beneficio máximo de por vida para trasplantes de órganos.
- Un servicio o suministro se considera relacionado con el trasplante si está directamente relacionado con un trasplante cubierto en virtud de este Manual del miembro de CHP+, y se recibe durante el período del beneficio de trasplante (hasta cinco días antes o en el plazo de un año después del trasplante).
- **Excepción:** la evaluación previa al trasplante puede recibirse más de cinco días antes del trasplante y puede considerarse relacionada con el trasplante (esta excepción no se extiende al viaje necesario para recibir una evaluación del trasplante). Los servicios cubiertos recibidos durante la evaluación estarán sujetos al beneficio máximo de por vida para trasplantes de órganos y a las limitaciones de este beneficio de “trasplante de órganos”.
- Si un miembro recibe un trasplante cubierto por el plan CHP+ de RMHP (por ejemplo, un trasplante de corazón) y más adelante necesita otro trasplante del mismo tipo (por ejemplo, otro trasplante de corazón), los cargos cubiertos para el nuevo trasplante se aplican al beneficio máximo de por vida restante (si lo hubiera) disponible por miembro.
- Los pagos en virtud del beneficio de trasplante de órganos no se aplican a otros máximos de beneficios especificados.
- Los gastos por servicios cubiertos relacionados con trasplantes que superen el beneficio máximo de por vida para trasplantes de órganos no se pagarán en virtud de esta disposición ni de ninguna otra parte de este Manual del miembro de CHP+.

¿Qué servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos no están cubiertos? (Exclusiones)

Los siguientes servicios, suministros y cuidados no están cubiertos:

- Servicios prestados en cualquier hospital que RMHP no haya designado y aprobado para prestar servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos para el órgano o tejido que se está trasplantando.
- Servicios prestados si usted no es un candidato adecuado para un trasplante, conforme lo determine el hospital que RMHP ha designado y aprobado para prestar dichos servicios.
- Servicios para búsquedas de donantes o compatibilidad de tejidos, o gastos personales de subsistencia relacionados con búsquedas de donantes o compatibilidad de tejidos, para el receptor o donante, o sus respectivos familiares o amigos.
- Cualquier trasplante, tratamiento, procedimiento, instalación, equipo, fármaco, dispositivo, servicio o suministro experimental o en investigación, incluido cualquier servicio o suministro asociado o de seguimiento.
- Cualquier trasplante, tratamiento, procedimiento, instalación, equipo, fármaco, dispositivo, servicio o suministro que requiera la aprobación de una agencia federal o gubernamental que no se conceda en el momento en que se prestan los servicios, y cualquier servicio o suministro asociado o de seguimiento.
- Trasplantes de órganos distintos de los enumerados anteriormente en esta sección, incluidos órganos no humanos.
- Servicios y suministros relacionados con corazones artificiales o mecánicos o dispositivos de asistencia ventricular o auricular por una afección cardíaca que estén relacionados de alguna manera con el corazón artificial o mecánico o los dispositivos de asistencia ventricular/auricular o la falla de esos dispositivos siempre que los dispositivos especificados permanezca en su lugar. Esta exclusión incluye servicios para implantación, extracción y complicaciones. Esta exclusión no se aplica a los dispositivos de asistencia ventricular izquierda cuando se utilizan como puente para un trasplante de corazón.

Servicios hospitalarios; servicios del hospital y servicios profesionales complementarios

¿Dónde puedo recibir servicios hospitalarios?

Todas las hospitalizaciones para atención aguda deben realizarse en un centro de la red. Los servicios de hospitalización aguda pueden obtenerse en los siguientes lugares:

- Un hospital de cuidados agudos.
- Un hospital de cuidados agudos a largo plazo.
- Un hospital de rehabilitación.
- Otro centro hospitalario cubierto.

Este plan no cubre servicios en centros fuera de la red, a menos que los servicios sean para atención de emergencia o estén autorizados de otro modo por RMHP.

54 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

¿Qué servicios hospitalarios están cubiertos?

Los servicios hospitalarios que están cubiertos incluyen:

- Servicios del establecimiento: se prestan muchos servicios en el entorno hospitalario del paciente hospitalizado. Algunos de los servicios cubiertos incluyen, sin carácter taxativo, los siguientes ejemplos:
 - Cargos por habitación semiprivada (con dos o más camas) y servicios de enfermería general para el tratamiento de afecciones médicas y atención de rehabilitación, que forma parte de una estadía en un hospital de cuidados agudos.
 - Uso de quirófano, sala de recuperación y equipo relacionado.
 - Vendajes médicos y quirúrgicos, suministros, bandejas quirúrgicas, yesos y férulas cuando los suministra el centro como parte de la hospitalización.
 - Medicamentos recetados y medicamentos administrados durante la hospitalización.
- Una habitación en una unidad de cuidados especiales aprobada por RMHP. La unidad debe contar con instalaciones, equipos y servicios de apoyo para el cuidado intensivo de pacientes en estado crítico.
- Servicios de rehabilitación de pacientes hospitalizados
 - La rehabilitación de pacientes hospitalizados en el caso de hospitalizaciones no agudas está cubierta para la atención médica necesaria para restaurar o mejorar las funciones perdidas después de una lesión o enfermedad.
 - Estos beneficios de rehabilitación de pacientes hospitalizados se limitan a 30 días por año calendario.
 - Estos servicios deben recibirse en un plazo de seis meses a partir de la fecha en que se produjo la enfermedad o lesión.
- Servicios complementarios durante una hospitalización: muchos proveedores trabajan juntos en el entorno hospitalario para proporcionar una atención integral a los pacientes. Algunos de los servicios complementarios cubiertos incluyen, sin carácter taxativo, los siguientes ejemplos:
 - Servicios de diagnóstico, como laboratorio y radiografías (por ejemplo, CT, MRI).
 - Quimioterapia y radioterapia.
 - Tratamiento de diálisis.
 - Terapia respiratoria
 - Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
 - Cargos por procesamiento, transporte, manipulación y administración de sangre.

- Servicios profesionales durante una hospitalización: los servicios profesionales se refieren a la atención quirúrgica y médica proporcionada durante una hospitalización. Algunos de los servicios profesionales cubiertos incluyen, sin carácter taxativo, los siguientes ejemplos:
 - Servicios de proveedores para las afecciones médicas durante una hospitalización.
 - Servicios quirúrgicos, que incluyen la atención posoperatoria normal.
 - Anestesia y suministros y servicios de anestesia para una cirugía cubierta.
 - Atención médica intensiva para asistencia constante y tratamiento cuando la afección del miembro lo requiere durante un período de tiempo prolongado.
 - Asistentes quirúrgicos o profesionales auxiliares de cirugía, conforme lo determine la política médica de RMHP. No se cubren los asistentes quirúrgicos para todos los procedimientos quirúrgicos.
 - Servicios quirúrgicos para el tratamiento de la obesidad mórbida. Estos servicios están sujetos al cumplimiento de los criterios incluidos en la política médica de RMHP. El hospital que realiza la cirugía de obesidad mórbida debe ser designado y aprobado para prestar los servicios cubiertos específicos prestados en virtud de este beneficio.
- Consultas (incluidas segundas opiniones).
 - Atención médica por parte de dos o más proveedores al mismo tiempo debido a múltiples enfermedades.
 - Atención médica para un recién nacido elegible (consulte también la sección **Atención de maternidad y del recién nacido**).
- Centro de cuidados agudos a largo plazo.
 - Los centros de cuidados agudos a largo plazo prestan servicios de cuidados intensivos a largo plazo a miembros con enfermedades o lesiones graves.
 - Los cuidados agudos a largo plazo se proporcionan a miembros con necesidades médicas complejas, incluidos miembros con enfermedad pulmonar de alto riesgo con necesidades de uso de respirador o traqueostomía, miembros que están médicamente inestables, miembros que necesitan atención debido a heridas importantes o que tienen heridas postoperatorias, y miembros con lesiones cerradas en la cabeza o el cerebro.
 - RMHP requiere autorización previa para el ingreso y la continuación de la estadía. Consulte la sección **Cómo recibir atención** de este manual para obtener información sobre los lineamientos de autorización previa.
- Centro de enfermería especializada
 - Los centros de enfermería especializada proporcionan atención de enfermería especializada, terapias y supervisión para pacientes con afecciones no controladas, inestables o crónicas.
 - La atención de enfermería especializada se proporciona bajo supervisión médica para el tratamiento no quirúrgico de afecciones crónicas o la atención durante la recuperación de una enfermedad o lesión aguda.
 - Cuando RMHP autoriza previamente la atención de enfermería especializada, los beneficios están disponibles durante un máximo de 30 días por año calendario, o hasta que RMHP determine que el miembro ha alcanzado la mejoría médica máxima, lo que ocurra primero. Se requiere autorización para el ingreso y la continuación de la estadía. Consulte la sección **Cómo recibir atención** de este manual para obtener información sobre los lineamientos de autorización previa.

¿Qué servicios hospitalarios no están cubiertos? (Exclusiones)

Los siguientes servicios hospitalarios no están cubiertos:

- Consultas o visitas relacionadas con cualquier servicio no cubierto.
- Servicios de proveedores para pacientes hospitalizados recibidos en un día para el que se denegaron los cargos del centro.
- Consultas telefónicas.
- Gastos de habitación privada cuando hay habitaciones semiprivadas disponibles, a menos que la afección médica del miembro requiera aislamiento para proteger al miembro de la exposición a bacterias y enfermedades peligrosas (las afecciones que requieren aislamiento incluyen, entre otras, quemaduras graves y las indicadas por las leyes de salud pública).
- Ingresos relacionados con servicios o procedimientos no cubiertos. Consulte la sección **Servicios dentales** para ver las excepciones.
- Pensión completa y servicios relacionados en un hogar de ancianos.
- Ingreso a un centro de cuidado asistencial o a una institución similar.
- Cargos relacionados con el incumplimiento de la atención si el miembro se va del hospital o de otro centro en contra de la recomendación médica del proveedor.
- Cargos de pensión completa correspondientes al día del alta hospitalaria.
- Beneficios quirúrgicos para procedimientos posteriores para corregir otras lesiones o enfermedades resultantes del incumplimiento del tratamiento médico indicado. Un ejemplo de procedimiento posterior no cubierto es la extirpación de tejido infectado directamente causado por no tomar la medicación recetada después de una amigdalectomía.
- Procedimientos que son exclusivamente de naturaleza cosmética.
- Cuidado asistencial o de mantenimiento (es un cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como vestirse o bañarse).
- Cualquier servicio o atención para el tratamiento de la disfunción sexual.
- Artículos para la comodidad personal, como televisores, teléfonos, comidas para invitados, artículos de higiene personal y otros servicios y suministros similares.
- Servicios quirúrgicos para queratoplastia refractiva, incluida queratotomía radial o Lasik, o cualquier procedimiento para corregir defectos refractivos visuales.
- Procedimientos adicionales que no se realizan de forma rutinaria durante el transcurso de la cirugía principal.

Para obtener más información

- Todos los servicios hospitalarios están sujetos a los lineamientos de notificación de ingresos no programados.
- Consulte la sección **Atención de abuso de sustancias** para conocer los servicios, incluida la desintoxicación médica aguda.
- Para atención médica de emergencia o debido a un accidente, consulte la sección **Atención de emergencia y de urgencia/fuera del horario de atención**.
- Para servicios dentales, consulte la sección **Servicios dentales**.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. 57

Atención de maternidad y del recién nacido

¿A quién debo acudir para recibir atención de maternidad y del recién nacido?

Es importante que consulte a un obstetra/ginecólogo, a personal de enfermería obstétrica o a un médico de familia que atienda partos en las primeras 8-12 semanas de embarazo o tan pronto como sepa que está embarazada. Para la atención prenatal (atención durante el embarazo), puede ir a un obstetra/ginecólogo o a personal de enfermería obstétrica sin necesidad de derivación de su PCP. También puede consultar a un médico de familia que brinde atención prenatal. Trabaje con su médico de cabecera (PCP) para coordinar la atención con los especialistas. Si necesita ayuda para encontrar un médico o personal de enfermería obstétrica, llame a Servicios para Miembros.

¿Qué servicios de atención de maternidad y del recién nacidos están cubiertos?

Se proporcionan beneficios para atención de maternidad y del recién nacido, que incluyen diagnóstico, atención durante el embarazo y servicios de parto. Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios hospitalarios, ambulatorios y en el consultorio del proveedor para parto vaginal, cesárea y complicaciones del embarazo.
- Vitaminas prenatales recetadas, según sea necesario.
- Acceso a servicios virtuales de lactancia y alimentación del bebé.
- Cobertura para extractores de leche materna.
- Servicios de anestesia.
- Cuidados de guardería de rutina para un recién nacido cubierto, incluidos los servicios del proveedor.
- En el caso de los recién nacidos, toda la atención médicamente necesaria y el tratamiento de lesiones y enfermedades, incluidos defectos congénitos y anomalías congénitas que se hayan diagnosticado médicamente.
- Pruebas para diagnosticar una posible enfermedad genética.
- Circuncisión de un varón recién nacido cubierto.
- Servicios de laboratorio relacionados con la atención prenatal, la atención posnatal o la interrupción del embarazo.
- Interrupción espontánea del embarazo antes de llegar a término.
- Interrupción voluntaria del embarazo, solo si es necesaria para salvar la vida de la madre o si el embarazo es el resultado de un acto de violación o incesto.
- Se cubren dos (2) ecografías prenatales (mientras aún está embarazada). Después de la segunda ecografía, se necesita autorización previa. El Departamento de Administración de la Atención revisará la solicitud de autorización previa para determinar si el embarazo es de alto riesgo.
- Realización de cualquier prueba materna o neonatal realizada de forma rutinaria durante el curso habitual de la atención hospitalaria para la madre o el recién nacido, incluida la recolección de una muestra adecuada para detectar enfermedades hereditarias y el cribado metabólico del recién nacido. A discreción de la madre, esta visita puede tener lugar en el consultorio del proveedor.

- Este plan cubre los servicios prestados por personal de enfermería obstétrica participante o una partera sin formación. Este plan cubre el asesoramiento, la atención o la asistencia de una mujer durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto natural en el hogar, y durante el período posparto de acuerdo con los artículos 12-27-101 y siguientes de las Leyes Revisadas de Colorado (Colorado Revised Statutes, C.R.S.), que incluye un cribado metabólico, una visita posparto, una visita previa al cribado y el parto y el trabajo de parto propiamente dichos.
- RMHP no limitará la cobertura de una hospitalización relacionada con el parto para la madre y el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea. Si el parto se produce entre las 8:00 p. m. y las 8:00 a. m., la cobertura continuará hasta las 8:00 a. m. de la mañana siguiente después de transcurrido el período de cobertura de 48 o 96 horas. El proveedor que atiende a la madre, después de consultar con la madre, puede dar el alta hospitalaria a la madre y al recién nacido antes, si es apropiado.

Consulte la sección **Membresía** de este manual para obtener más información sobre la cobertura y la inscripción de los recién nacidos.

¿Qué servicios de atención de maternidad y del recién nacidos no están cubiertos? (Exclusiones)

Los siguientes servicios, suministros y cuidados no están cubiertos:

- Servicios que incluyen, entre otros, los siguientes:
 - Asesoramiento antes de quedar embarazada. Se trata de asesoramiento previo a la concepción.
 - Una prueba para averiguar quién es el padre. Se trata de una prueba de paternidad.
 - Asesoramiento y pruebas genéticas. Esto es a menos que sea para averiguar si el recién nacido tendrá una enfermedad u otro problema de salud que no esté ya excluido anteriormente.
 - Un examen o una prueba para detectar cualquier trastorno de salud que pueda heredarse de la madre o del padre.
 - Conversación sobre los antecedentes familiares o los resultados de las pruebas para averiguar el sexo o las características físicas del bebé en gestación.
 - El pago para almacenar la sangre del cordón umbilical.

Suministros médicos y equipos

En esta sección, se describen los servicios cubiertos y las exclusiones para suministros médicos, equipo médico duradero (durable medical equipment, DME), oxígeno y su equipo, y aparatos ortopédicos y prótesis.

¿Dónde puedo recibir suministros y equipos médicos?

Los suministros, equipos y aparatos descritos en esta sección son beneficios cubiertos solo si son suministrados por un proveedor de la red. En el directorio de proveedores de RMHP, se encuentra una lista de proveedores de suministros y equipos médicos dentro de la red, que se puede encontrar en línea en uhccp.com/CO o a través del sitio web seguro para miembros myuhc.com/communityplan, o también puede llamar a Servicios para Miembros para obtener la información del directorio.

¿Qué suministros y equipos están cubiertos y se aplican al límite de \$2,000?

Los beneficios descritos en esta sección están permitidos hasta el pago máximo del beneficio de \$2,000 por año calendario.

- Los suministros y equipos médicos están sujetos a requisitos de autorización previa. Consulte la sección **Cómo recibir atención** para obtener información sobre los requisitos de autorización previa.
- Los suministros y equipos cubiertos deben cumplir con los criterios de la política médica de este plan

Equipo médico duradero

Esto algunas veces se denomina DME. El equipo médico duradero está cubierto por este plan si es médicamente necesario y está indicado por un proveedor de la red. El equipo médico duradero generalmente puede soportar el uso repetido y debe servir para un propósito médico.

- Algunos ejemplos de equipo médico duradero son: muletas, sillas de ruedas y suministros, equipos respiratorios, como nebulizadores, camas de hospital y bombas y suministros relacionados (distintos de las bombas de insulina), así como extractores de leche materna para mujeres embarazadas que sean miembros a partir de las 28 semanas; después del parto, pueden recibir un extractor en cualquier momento.
- El equipo médico duradero se puede alquilar o comprar. Esta decisión depende de RMHP.
- Los costos de alquiler no deben ser superiores al precio de compra y se aplicarán al precio de compra.
- La reparación, el mantenimiento y el ajuste del equipo médico debido al uso normal están cubiertos si RMHP compró el equipo o si se habría aprobado. RMHP revisará otras situaciones caso por caso.
- Durante la reparación o el mantenimiento del equipo médico duradero, este plan proporcionará cobertura para el alquiler de un reemplazo.
- El equipo médico duradero utilizado durante una hospitalización está cubierto como parte de la hospitalización.

60 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Aparatos ortopédicos

Se proporcionan beneficios de aparatos ortopédicos para la compra, la colocación, la reparación y los ajustes necesarios de los aparatos ortopédicos.

- Un aparato ortopédico es un dispositivo de soporte rígido o semirrígido que ayuda a aumentar el uso de una parte del cuerpo o de una extremidad que no funciona bien, o a limitar o impedir el movimiento de una parte del cuerpo débil o que no funciona bien. Un ejemplo es una rodillera.
- Este plan cubre los aparatos ortopédicos más apropiados que satisfacen adecuadamente sus necesidades médicas.

Prótesis

Se proporcionan beneficios de prótesis para la compra, la colocación, la reparación, el reemplazo y los ajustes necesarios de las prótesis. Una prótesis reemplaza, total o parcialmente, una parte o extremidad faltante del cuerpo (pierna o brazo) para aumentar la capacidad funcional del miembro. La compra, la colocación, la reparación, el reemplazo y la necesidad de ajustes de prótesis para brazos y piernas quedan excluidos del límite anual de beneficios de DME en dólares. Todas las demás prótesis, a menos que se incluyan específicamente en el Manual del miembro de CHP+, están sujetas al límite anual de beneficios de DME en dólares.

Otros aparatos

Los beneficios para otros aparatos incluyen los siguientes:

- Un par de anteojos recetados estándar o un par de lentes de contacto (lo que sea apropiado para la afección médica) cuando sea necesario para sustituir el cristalino del ojo humano ausente en el nacimiento o que se perdió en una cirugía intraocular o lesión ocular, o por el tratamiento del queratocono o la afaquia
- Prótesis de mama y sujetadores protésicos después de una mastectomía.

Suministros médicos: servicios cubiertos que no se aplican al límite de pago de \$2,000

Si su médico ha ordenado los siguientes artículos médicamente necesarios, los siguientes artículos no estarán sujetos al pago máximo de \$2,000.

- Equipo médico duradero utilizado durante un ingreso cubierto o una visita ambulatoria cubierta que sea propiedad del establecimiento.
- Suministros médicos (incluidos yesos, vendajes y férulas utilizadas en lugar de yesos) utilizados durante visitas ambulatorias cubiertas.
- Prótesis implantadas quirúrgicamente o dispositivos autorizados por RMHP antes de recibir el dispositivo (incluidos implantes cocleares).
- Bombas de insulina y suministros relacionados.
- Los artículos desechables recibidos de un proveedor de la red y necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión en régimen hospitalario o ambulatorio están cubiertos. Se proporcionan beneficios para los siguientes artículos, entre otros: jeringas, bombas y suministros de insulina, agujas, vendajes quirúrgicos, férulas y otros artículos similares que tratan una afección médica.

- Zapatos ortopédicos con diagnóstico de diabetes.
- Oxígeno y equipo de oxígeno: se proporcionan beneficios para el oxígeno y el alquiler del equipo necesario para administrar el oxígeno (una unidad estacionaria y una unidad portátil por miembro). Su proveedor deberá obtener autorización previa de RMHP.

¿Qué servicios y suministros médicos no están cubiertos? (Exclusiones)

Los siguientes servicios, suministros y cuidados no están cubiertos:

- Suministros, equipos y aparatos para la comodidad o de lujo (por ejemplo, sidecars para sillas de ruedas o una almohadilla Cryo/Cuff). Los equipos o aparatos que incluyen más características que las necesarias para la afección médica se consideran artículos de lujo, lujosos y de conveniencia (por ejemplo, equipos motorizados, como sillas de ruedas eléctricas o scooters eléctricos, cuando se pueden utilizar equipos operados manualmente).
- Artículos disponibles sin receta, como artículos de venta libre y artículos que generalmente se tienen en el hogar para uso general. Esto incluye, entre otros, vendajes, gasas, cinta adhesiva, hisopos de algodón, termómetros, almohadillas térmicas y vaselina.
- Aires acondicionados, purificadores, humidificadores, deshumidificadores, iluminación especial u otros modificadores ambientales, soportes y corsés quirúrgicos u otros artículos de indumentaria, bañeras con hidromasaje, jacuzzis, colchones antiescara y equipos de biorretroalimentación.
- Dispositivos de autoayuda que no sean de naturaleza médica, independientemente del alivio o la seguridad que puedan proporcionar para una afección médica, incluidos, entre otros, accesorios de baño (incluidos elevadores de bañera), brazos para teléfonos, modificaciones en el hogar para sillas de ruedas, artículos de conveniencia para sillas de ruedas, plataformas elevadoras para sillas de ruedas y modificaciones del vehículo.
- Prótesis dentales, prótesis capilares/craneales, prótesis peneanas u otras prótesis con fines cosméticos.
- Plantillas ortopédicas (excepto para miembros con diabetes).
- Equipos para ejercicio y terapia en el hogar.
- Camas de consumo, camas ajustables o camas de agua.
- Reparaciones o reemplazos necesarios debido al uso incorrecto o abuso de cualquier suministro o equipo médico cubierto que se identifique en esta sección.
- Calzado ortopédico no sujeto a un dispositivo ortopédico (excepto para miembros con diabetes).

Atención de salud mental

¿Cómo recibo servicios de salud mental?

No necesita una derivación (aprobación previa) de su médico de cabecera (PCP) para recibir servicios de salud mental o conductual de un especialista, hospital u otro proveedor que esté en la red de RMHP. Es posible que su proveedor de servicios de salud mental necesite obtener la aprobación previa de RMHP para algunos servicios.

Hay terapeutas disponibles que conocen el lenguaje de señas e intérpretes de lenguaje de señas.

¿Qué servicios de salud mental están cubiertos?

Tratamiento para pacientes ambulatorios

Este plan cubre servicios de salud mental ambulatorios, que son servicios que usted recibe fuera de un hospital o un centro residencial. Los tratamientos ambulatorios cubiertos no requieren autorización previa si el proveedor está dentro de la red de RMHP. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Terapia individual
- Terapia familiar
- Terapia grupal
- Servicios de administración de casos

Control de medicamentos

Este plan cubre el control de medicamentos de afecciones de salud mental por parte de un psiquiatra, proveedor médico o personal de enfermería con autoridad para emitir recetas (se trata de personal de enfermería que está legalmente autorizado a recetar medicamentos).

Tratamiento de día

Los servicios de tratamiento de día son para necesidades educativas y de salud mental específicas y a veces forman parte del plan de educación individual (Individual Education Plan, IEP) del niño. Los servicios de tratamiento de día cubiertos requieren autorización previa. Los servicios de tratamiento de día incluyen, entre otros, los siguientes:

- Terapia individual
- Terapia familiar
- Terapia grupal
- Servicios de apoyo educativo

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Administración de la atención

Un administrador de la atención de RMHP puede ayudarlo a:

- Recibir la atención adecuada de médicos, proveedores, escuelas y otros programas.
- Buscar recursos (como alimentos, ropa y vivienda).
- Si desea obtener información sobre la administración de la atención, llame a Servicios para Miembros.
- Los servicios de administración de la atención son provistos sin costo alguno para usted.

Servicios de emergencia de salud mental

Si tiene una emergencia o crisis de salud mental, diríjase directamente a la sala de emergencias más cercana o llame al **911**. Los servicios de emergencia se encuentran disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Consulte la sección **Atención de emergencia y de urgencia/fuera del horario de atención** para obtener más detalles.

Servicios hospitalarios para afecciones de salud mental

Este plan cubre las hospitalizaciones médicamente necesarias para tratar afecciones de salud mental. Los servicios cubiertos incluyen:

- Consultas con el proveedor durante un ingreso cubierto.
- Habitación semiprivada o servicios complementarios.
- Psicoterapia grupal.
- Control de medicamentos.

Servicio de tratamiento residencial

Los mismos servicios cubiertos que en los servicios hospitalarios también están cubiertos para los servicios de tratamiento residencial. Los servicios de tratamiento residencial son servicios en un centro de tratamiento residencial habilitado que puede prestar servicios diurnos y un programa de supervisión las 24 horas. El tratamiento residencial requiere autorización previa y se aprueba solo si los cargos son iguales o inferiores a la hospitalización parcial.

Servicios de salud mental especializados basados en el hogar

Se trata de servicios de salud mental especializados que usted recibe en su hogar cuando los servicios de salud mental tradicionales no han sido eficaces. Es posible que su proveedor deba obtener autorización previa.

Evaluaciones de salud mental

Una evaluación es una forma de averiguar sus necesidades de salud mental y cuál es el mejor tipo de atención para usted. Es posible que su proveedor deba obtener autorización previa.

Otros servicios de salud mental

Si tiene preguntas sobre otros servicios de salud mental que no se mencionan aquí, llame a Servicios para Miembros.

Trastorno del espectro autista

El tratamiento para el diagnóstico de trastorno del espectro autista es un beneficio cubierto cuando el tratamiento es médicamente necesario, apropiado, eficaz o eficiente. Dicho tratamiento incluye evaluación, atención de habilitación o rehabilitación, como terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla para retrasos en la motricidad fina y gruesa, y servicios psiquiátricos/psicológicos.

¿Qué servicios de salud mental no están cubiertos? (Exclusiones)

Los siguientes servicios, suministros y cuidados no están cubiertos:

- Gastos de habitación privada.
- Servicios vocacionales (incluye, entre otros, redacción de currículums, habilidades para entrevistas, formación en habilidades laborales y desarrollo profesional).
- Tratamiento psicosocial (incluye, entre otras cosas, habilidades domésticas y de elaboración de presupuestos).
- Biorretroalimentación
- Psicoanálisis o psicoterapia que un miembro puede utilizar como crédito para obtener un título o promover la educación del miembro.
- Hipnoterapia.
- Terapia religiosa, de pareja y social.
- El costo de cualquier daño a un centro de tratamiento causado por el miembro.
- Terapia recreativa, terapia sexual, terapia primal, terapia del sueño y terapia Z.
- Programas de autoayuda y pérdida de peso.
- Análisis transaccional, grupos de encuentro y meditación trascendental.
- Formación sobre sensibilidad y asertividad.
- Terapia de renacimiento.
- Cuidado asistencial.
- Atención domiciliaria.
- Tratamiento ordenado por la justicia o la policía que de otro modo no estaría cubierto.
- Servicios no autorizados por RMHP.
- La terapia de análisis conductual aplicado (Applied Behavioral Analysis, ABA) no es un beneficio cubierto.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al 1-877-668-5947, TTY 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Servicios de nutrición y alimentación

¿Quién puede prestar servicios de alimentación y nutrición?

Un terapeuta autorizado o una agencia de atención médica a domicilio dentro de la red deben prestar los servicios de nutrición. Los alimentos médicos cubiertos requieren una receta de su proveedor y deben obtenerse a través de una farmacia de la red y están sujetos al copago de la farmacia.

¿Qué servicios de alimentación y nutrición están cubiertos?

Este plan cubre terapia enteral (alimentación por sonda) y nutrición parenteral total (NPT), e incluye una combinación de servicios de enfermería, equipos médicos duraderos y farmacéuticos.

El equipo médico duradero y los suministros relacionados con los servicios de alimentación y nutrición están sujetos al límite de pago descrito en la sección **Suministros y equipos médicos**.

Su proveedor debe ponerse en contacto con RMHP para obtener la autorización previa de los servicios. Consulte la sección **Cómo recibir atención** para obtener información sobre los lineamientos de autorización previa.

Terapia enteral y nutrición parenteral total (NPT)

- La nutrición enteral es la administración de nutrientes por una sonda en el tubo digestivo.
- Las visitas de enfermería médicamente necesarias y no asistenciales para ayudar con la nutrición enteral están cubiertas por los beneficios de atención médica domiciliaria. Estos servicios suelen ser prestados por una agencia de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte las secciones **Atención médica domiciliaria/terapia de infusión domiciliaria** y **Cuidados para enfermos terminales**.
- La NPT es la administración de nutrientes a través de una vía intravenosa (IV) directamente en el torrente sanguíneo.
- La NPT médicamente necesaria recibida en el hogar es un beneficio cubierto durante los primeros 21 días después del alta hospitalaria.
- Si es médicamente necesario, se pueden permitir más días, hasta un máximo de 42 días por año calendario, conforme lo determine médicamente necesario y cuando lo autorice previamente RMHP.

Alimentos médicos

- Este plan cubre los alimentos médicos para uso doméstico para trastornos metabólicos.
- Los alimentos médicos cubiertos deben ser recetados por su proveedor.
- Este plan cubre los alimentos médicos que son apropiados para trastornos enzimáticos hereditarios que afectan el metabolismo de los aminoácidos, los ácidos orgánicos y los ácidos grasos. Tales trastornos incluyen fenilcetonuria, fenilcetonuria materna, enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, tirosinemia, homocistinuria, histidinemia, trastornos del ciclo de la urea, hiperlisinemia, acidemia glutárica, acidemia metilmalónica y acidemia propiónica.
- Este beneficio no incluye alimentos médicos para miembros con intolerancia a la lactosa o a la soja.

66 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Otra nutrición médica

Este plan también cubre los siguientes servicios:

- Diagnóstico de diabetes: asesoramiento nutricional para pacientes hospitalizados, nutrición ambulatoria y entrenamiento de autocontrol y visitas de seguimiento para miembros diagnosticados con diabetes.
- Cuidados para enfermos terminales: evaluación nutricional, asesoramiento y apoyo, como por ejemplo, alimentación intravenosa, hiperalimentación y alimentación enteral.
- Las fórmulas para trastornos metabólicos, nutrición parenteral total, nutrición enteral y productos nutricionales, y las fórmulas para sondas de gastrostomía están cubiertas para necesidades médicas documentadas, incluido el logro de un crecimiento y desarrollo normales. La fórmula enteral está cubierta por el beneficio de atención médica domiciliaria. El pago de la fórmula debe contar con autorización previa y se considerará solo si hay un trastorno gastrointestinal (incluida la cavidad bucal), un síndrome de malabsorción o una afección que afecte el patrón de crecimiento o la absorción normal de la nutrición. Se incluye el costo de las bombas, las sondas y otros suministros para la administración de fórmulas que se administran por sonda o vena.
- Evaluación nutricional y terapia para lactantes y niños que requieren fórmulas especiales, alimentación por sonda enteral o vía parenteral, o con necesidad médica documentada, incluido el logro de un crecimiento y desarrollo normales, incluido el retraso del crecimiento.
- Aparatos de alimentación y evaluaciones de alimentación que son médicamente necesarios en condiciones en las que las afecciones orales/esofágicas hacen que la ingesta normal de alimentos sea inadecuada.
- Obesidad/sobrepeso: evaluación nutricional y terapia mediante el uso de estándares pediátricos de control del peso. La obesidad se define como más que el peso del percentil 95 para la estatura, o más que el índice de masa corporal (IMC) del percentil 95 para la edad (mediante el uso de las gráficas de crecimiento del DCD/NCHS).
- Evaluación nutricional y terapia cuando esté médicamente indicado, incluidas, entre otras, afecciones como espina bífida, fibrosis quística, parálisis cerebral, disfagia, labio leporino/paladar hendido, alergia e intolerancia a alimentos, hiperlipoproteinemia, trastornos convulsivos, trastornos alimentarios, cardiopatía congénita, insuficiencia renal, cáncer, SIDA, síndrome de Prader-Willi y síndrome de Rett.
- Leche materna humana de un banco de leche cuando sea necesario para la supervivencia del bebé. Equipo de lactancia, como extractores de leche materna durante el embarazo y después del parto con una receta de DME por parte de un médico o profesional de enfermería; sistema de nutrición suplementaria (SNS) cuando el crecimiento de un bebé frágil está fallando y se considera que continuar con la lactancia es lo mejor para el bebé.

¿Qué servicios de alimentación y nutrición no están cubiertos? (Exclusiones)

Los siguientes servicios, suministros y cuidados no están cubiertos:

- Alimentación enteral (por sonda), excepto según lo dispuesto anteriormente en esta sección.
- Fórmula de alimentación por sonda, excepto según lo dispuesto anteriormente en esta sección.
- Programas de pérdida de peso, equipos de ejercicio, clases de ejercicio, membresías de gimnasios, entrenadores personales, medicamentos de venta con receta y de venta libre para la pérdida de peso, o tratamiento de la obesidad (excepto el tratamiento quirúrgico médicamente necesario o según lo dispuesto anteriormente en esta sección), aunque el sobrepeso o la obesidad agraven otra afección.
- Alimentos, comidas, fórmulas y suplementos distintos de los enumerados anteriormente en esta sección, aunque sean la única fuente de nutrición, excepto según lo dispuesto anteriormente en esta sección.
- Fórmulas para bebés.
- Clínicas de alimentación.

Servicios ambulatorios

¿Dónde puedo recibir servicios ambulatorios?

Todos los servicios ambulatorios deben prestarse en un centro de la red. No están cubiertos los servicios ambulatorios en centros fuera de la red, a menos que los servicios sean para una emergencia o estén autorizados de otro modo por RMHP.

Los servicios ambulatorios pueden obtenerse en los siguientes lugares:

- El departamento ambulatorio de un hospital de cuidados agudos
- Un centro de cirugía ambulatoria
- Un centro de radiología
- Un centro de diálisis
- Una clínica hospitalaria para pacientes ambulatorios

¿Qué servicios ambulatorios están cubiertos?

Los servicios ambulatorios cubiertos incluyen:

- **Servicios del establecimiento:** se proporcionan varios servicios de atención de la salud en el entorno ambulatorio. Algunos de los servicios cubiertos incluyen, sin carácter taxativo, los siguientes:
 - Uso de quirófano, sala de recuperación y equipo relacionado.
 - Vendajes médicos y quirúrgicos, suministros, bandejas quirúrgicas, yesos y férulas cuando los suministra el centro durante el ingreso de un paciente ambulatorio.
 - Fármacos y medicamentos administrados durante el ingreso del paciente ambulatorio.
- **Servicios complementarios:** algunos de los servicios complementarios cubiertos incluyen, sin carácter taxativo, los siguientes:
 - Servicios de diagnóstico, como laboratorio y radiografías (por ejemplo, CT, MRI).
 - Vendajes médicos y quirúrgicos, suministros, bandejas quirúrgicas, yesos y férulas cuando los suministra un proveedor de la red en un centro ambulatorio.
 - Quimioterapia y radioterapia.
 - Tratamiento de diálisis.
 - Terapia respiratoria
 - Cargos por procesamiento, transporte, manipulación y administración de sangre.
- **Los servicios de diálisis terapéuticos están cubiertos:**
 - cuando el miembro no es elegible para Medicare o está cubierto por Medicare, pero no tiene una póliza de seguro complementaria de Medicare (consulte la sección **Otros seguros, coordinación de beneficios y subrogación**), y
 - cuando los servicios son prestados por un proveedor de diálisis dentro de la red.
- **Los servicios de diálisis domiciliaria** requieren autorización previa de RMHP. Los servicios de diálisis cubiertos incluyen:
 - Hemodiálisis
 - Diálisis peritoneal
 - El costo de los alquileres de equipos y de los suministros para diálisis en el hogar

- **Servicios profesionales:** los servicios profesionales se refieren a la atención quirúrgica y médica proporcionada durante el ingreso de un paciente ambulatorio. Algunos de los servicios profesionales cubiertos incluyen, sin carácter taxativo, los siguientes:
 - Servicios de proveedores para las afecciones médicas mientras usted se encuentra en un centro ambulatorio.
 - Servicios quirúrgicos. La tarifa quirúrgica incluye la atención posoperatoria normal.
 - Anestesia y suministros y servicios de anestesia para una cirugía cubierta.
 - Asistentes quirúrgicos o profesionales auxiliares de cirugía, conforme lo determine la política médica de RMHP. RMHP no cubre a los asistentes quirúrgicos para todos los procedimientos quirúrgicos.
 - Consulta por parte de otro proveedor cuando lo solicite el proveedor del miembro.
- Las consultas con el personal requeridas por las reglas del establecimiento no están cubiertas.

¿Qué servicios ambulatorios no están cubiertos? (Exclusiones)

Los siguientes servicios, suministros y cuidados no están cubiertos:

- No se proporcionan beneficios quirúrgicos para procedimientos posteriores para corregir otras lesiones o enfermedades resultantes del incumplimiento del tratamiento médico indicado. Un ejemplo de procedimiento posterior no cubierto es la extirpación de tejido infectado directamente causado por no tomar la medicación recetada después de una amigdalectomía.
- Procedimientos que son exclusivamente de naturaleza cosmética.
- Cualquier servicio o atención para el tratamiento de la disfunción sexual.
- Artículos para la comodidad personal, como televisores, teléfonos, comidas para invitados, artículos de higiene personal y otros servicios y suministros similares.
- Servicios quirúrgicos para queratoplastia refractiva, incluida queratotomía radial o Lasik, o cualquier procedimiento para corregir defectos refractivos visuales.
- Procedimientos adicionales que se realizan de forma rutinaria durante el transcurso de la cirugía principal.
- Exploraciones de densidad ósea periférica.

Para obtener más información

- Algunos servicios ambulatorios requieren autorización previa. Consulte la sección **Cómo recibir atención** de este manual para obtener información sobre los lineamientos de autorización previa.
- Consulte la sección **Atención de salud mental** para conocer los servicios cubiertos de salud mental y la sección **Atención de abuso de sustancias** para conocer los tratamientos de abuso de sustancias.
- Consulte la sección **Atención de emergencia y de urgencia/fuera del horario de atención** para obtener información sobre la atención de emergencia.
- Para conocer los servicios dentales cubiertos, consulte la sección **Servicios dentales**.

Medicamentos recetados

¿Dónde puedo obtener medicamentos recetados?

Este plan incluye una red nacional de farmacias minoristas. La red de farmacias es amplia e incluye a la mayoría de las farmacias de Colorado. Puede encontrar una lista de farmacias dentro de la red en línea en uhccp.com/CO. También puede comunicarse con los Servicios para Miembros.

Para obtener medicamentos recetados, vaya a una farmacia minorista de la red. Entregue la receta escrita de su proveedor y su tarjeta de identificación de RMHP a la farmacia. También puede recibir medicamentos recetados a través del servicio de farmacia de pedidos por correo de RMHP. Ahorre tiempo y un viaje a la farmacia con el pedido por correo. La farmacia de pedidos por correo le enviará suministros para 90 días de sus medicamentos directamente a su hogar.

¿Qué medicamentos recetados están cubiertos?

La lista más actualizada de medicamentos recetados cubiertos por este plan se encuentra en el sitio web de RMHP en uhccp.com/CO. Puede obtener una copia impresa sin costo llamando a Servicios para Miembros. El nombre del documento que enumera los medicamentos recetados cubiertos para este plan es RMHP PRIME and CHP+ formulary (formulario de PRIME y CHP+ de RMHP). El formulario de PRIME y CHP+ de RMHP también proporciona información sobre las pautas de cobertura, los límites de cantidad, qué medicamentos requieren autorización previa y qué hacer si le recetan un medicamento que no está en la lista. Este plan cubre un suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento recetados de una farmacia de la red. Algunos medicamentos están limitados a suministros para 30 días a la vez. El pedido por correo entrega suministros para hasta 90 días. Los anticonceptivos recetados, incluidos los anticonceptivos orales (la píldora), los parches anticonceptivos y los anticonceptivos de anillo vaginal pueden cubrirse para un suministro de hasta 12 meses (1 año) después de surtir 3 meses del mismo anticonceptivo.

Cubrimos ciertos medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) con receta de su proveedor. La cobertura incluye:

- Loratadina (genérico de Claritin)
- Cetirizina (genérico de Zyrtec)
- Prevacid

Pueden aplicarse pautas de cobertura y límites de cantidad.

Autorización previa de medicamentos recetados

- Ciertos medicamentos recetados o la cantidad recetada de un medicamento en particular pueden requerir autorización previa. En la lista del formulario, puede encontrar una lista de medicamentos recetados que requieren autorización previa.
- Si necesita un medicamento con receta que requiere autorización previa, el proveedor que lo recetó debe comunicarse con RMHP. Si se deniega la autorización previa, puede apelar la decisión siguiendo las instrucciones de la sección **Quejas, apelaciones y reclamos** de este manual.
- Si su médico no obtiene la autorización previa y usted intenta surtir la receta, la farmacia minorista de la red le informará que el medicamento requiere autorización previa. A continuación, debe ponerse en contacto con el proveedor que le recetó el medicamento y pedirle que envíe la información a RMHP. Comuníquese con los Servicios para Miembros si necesita ayuda.

Beneficios de farmacia para pacientes hospitalizados

Este plan cubre los medicamentos proporcionados durante una hospitalización cubierta cuando los medicamentos son facturados por un hospital u otro centro.

¿Cómo puedo surtir una receta a través del servicio de farmacia OptumRx Home Delivery?

Puede utilizar el servicio de farmacia OptumRx Home Delivery para surtir recetas para lo que se denominan “fármacos de mantenimiento”. Son medicamentos que usted toma regularmente, debido a una afección médica crónica o a largo plazo.

RMHP utiliza OptumRx Home Delivery para servicios de farmacia de entrega a domicilio. Si tiene medicamentos que desea surtir a través de OptumRx Home Delivery, haga lo siguiente:

- Ingrese en uhccp.com/CO para acceder al portal OptumRx o descargue la aplicación móvil OptumRx.
- Pida a su médico que envíe una receta electrónica a OptumRx.
- Llame a OptumRx Home Delivery al 1-855-473-8889.
- Descargue y complete el formulario de pedido por correo de nuevas recetas de OptumRx que se encuentra en uhccp.com/CO o en myuhc.com/communityplan y envíelo por correo a OptumRx junto con su receta.

Cuando se registre, asegúrese de configurar su tarjeta de crédito o preferencia de facturación con OptumRx. Asegúrese de que su proveedor le recete un suministro de medicamentos para tres meses con resurtidos, según corresponda. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita ayuda.

Para continuar con el servicio de pedidos por correo, tres semanas antes de que se le acabe el medicamento, solicite una resurtido a través del portal o la aplicación OptumRx, o llame a OptumRx Home Delivery al 1-855-473-8889.

¿Hay copago por medicamentos recetados?

Algunos miembros de este plan tienen un copago por medicamentos recetados.

- Si tiene un copago, el monto del copago figurará en su tarjeta de identificación de miembro de RMHP.
- Si tiene un copago por medicamentos recetados, la farmacia minorista le pedirá que lo pague antes de entregarle el medicamento.
- Si debe surtir más de una receta, se requiere un copago por separado por cada medicamento o suministro cubierto.
- Si el precio minorista del medicamento es inferior al monto del copago, usted pagará el precio minorista. Ningún descuento o reembolso reducirá el monto del copago.
- Este plan no paga ningún medicamento o suministro cubierto, a menos que la tarifa negociada supere el copago aplicable del que el miembro es responsable.

¿Qué hago si pago un medicamento que está cubierto por este plan?

- Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro de RMHP cuando va a una farmacia de la red, o si tiene una emergencia lejos de su casa y surte una receta en una farmacia fuera de la red, es posible que se le cobre el costo total del medicamento recetado. Si paga el cargo total por un medicamento recetado cubierto, siga estos pasos:
 - Pida a la farmacia un recibo detallado que indique que usted pagó el medicamento recetado cubierto. Este recibo debe incluir el nombre y la dirección de la farmacia, el nombre del médico que recetó el medicamento, el nombre del medicamento, el número de receta y la cantidad cobrada. La factura o los recibos deben ser emitidos por la farmacia.
 - Envíe por correo el recibo detallado en un plazo de 120 días de haber comprado el medicamento. RMHP no puede devolverle el dinero si nos envía el recibo después de 120 días, o si compró un medicamento no cubierto por este plan.
 - Envíe por correo el recibo y la solicitud de reembolso a:
OptumRx Claims Department
P.O. Box 650334
Dallas, TX 75265-0334
- Si se aprueba su solicitud, se le reembolsará el 100% de la cantidad aprobada para el medicamento cubierto, menos cualquier copago aplicable. Los medicamentos recetados dispensados que superen un suministro de 30 días no son reembolsables.

¿Qué medicamentos recetados no están cubiertos? (Exclusiones)

Los siguientes servicios, suministros y cuidados no están cubiertos:

- Medicamentos y suministros con receta recibidos de una farmacia fuera de la red.
- A menos que se haya indicado específicamente anteriormente o que se indique en la lista del formulario, los medicamentos de venta sin receta y de venta libre no están cubiertos. Esto incluye preparados a base de hierbas u homeopáticos; medicamentos recetados que tienen un bioequivalente de venta libre, aunque se hayan recetado; y medicamentos que no requieren receta según la ley federal (incluidos los medicamentos que requieren receta según la ley estatal, pero no según la ley federal), a excepción de la insulina inyectable. Es posible que algunos medicamentos recetados no estén cubiertos aunque el miembro tenga una receta de un proveedor.
- Medicamentos recetados para el control del peso o la supresión del apetito.
- Medicamentos o preparados utilizados con fines cosméticos para promover o prevenir el crecimiento del cabello, el crecimiento o cosméticos medicinales, incluidos, entre otros, Rogaine®, Vaniqa® y tretinoína (que se vende bajo marcas como Retin-A®).
- Cualquier medicamento, producto o tecnología dentro de los seis meses posteriores a la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA). RMHP puede, a su entera discreción, dispensar la aplicación de esta exclusión total o parcialmente para un nuevo medicamento o producto o una nueva tecnología que haya aprobado la FDA.
- Los medicamentos utilizados para tratar la infertilidad.
- Los beneficios del plan CHP+ de RMHP estándar no cubren fórmulas especiales, alimentos ni suplementos alimenticios (a menos que sean para trastornos metabólicos); consulte la sección **Servicios de nutrición y alimentación** para obtener información sobre los beneficios.
- Este plan no cubre suplementos de vitaminas o minerales, excepto las vitaminas prenatales.
- Cargos de entrega de medicamentos recetados.
- Cargos por la administración de cualquier medicamento, a menos que se dispense en el consultorio del proveedor o a través de servicios de atención médica domiciliaria.
- Medicamentos proporcionados como muestras al proveedor.
- Jabón/detergente antibacteriano, dentífrico/gel, champú o enjuague bucal.
- Agujas hipodérmicas, jeringas o dispositivos similares, excepto cuando se utilizan para la administración de un medicamento cubierto cuando se receta de acuerdo con los términos de esta sección.
- Dispositivos o aparatos terapéuticos, incluidas prendas de soporte y otros suministros no médicos (independientemente del uso previsto).
- Medicamentos recetados dispensados en cantidades que superan los límites aplicables, que son establecidos por RMHP a su entera discreción.
- Resurtidos que superen la cantidad recetada por el proveedor o que se resurtan más de un año después de la fecha de la orden.

- Medicamentos recetados destinados al tratamiento de la disfunción o inadecuación sexual, independientemente de su origen o causa (incluidos medicamentos como Viagra®, para el tratamiento de la disfunción eréctil).
- Medicamentos recetados dispensados para viajes internacionales.

Para obtener más información

- Para obtener información sobre los beneficios de alimentos y fórmulas especiales para necesidades metabólicas y nutricionales, consulte la sección **Servicios de nutrición y alimentación**.
- Consulte la sección **Atención médica domiciliaria/terapia de infusión domiciliaria** para obtener información sobre los beneficios de terapia intravenosa (IV) a domicilio.
- Si no obtiene ciertos suministros, equipos y aparatos a través de una farmacia de la red, pueden estar cubiertos como suministros médicos o equipo médico duradero. Consulte la sección **Suministros y equipos médicos** para obtener información sobre los beneficios de suministros médicos y equipo médico duradero.

Servicios de atención preventiva

¿A quién debo acudir para recibir servicios de atención preventiva?

Todos los miembros de este plan deben consultar a un médico de cabecera (PCP) para recibir servicios de atención preventiva. Si necesita ayuda para encontrar un médico de cabecera, llame a Servicios para Miembros.

¿Qué servicios de atención preventiva están cubiertos?

Los servicios preventivos cubiertos son visitas de rutina al PCP, como controles de salud infantil y exámenes físicos de rutina. Los exámenes ginecológicos anuales (mujeres) están cubiertos. Hay otros servicios preventivos que también están cubiertos e incluyen:

- Inmunizaciones (vacunas) programadas regularmente para niños y adultos.
- Exámenes de la vista y la audición adecuados para la edad.

RMHP recomienda a los padres y proveedores que sigan el calendario de visitas de control de la salud infantil recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría. En la siguiente tabla, se detallan las edades en las que un niño debe ir al pediatra para realizarse controles de salud. Programe una visita de control con el PCP de su hijo cuando su hijo tenga cada una de las edades que se indican a continuación.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. 75

Lactancia	Lactancia y segunda Infancia	Infancia media	Adolescencia
Prenatal	12 meses	5 años	11 años
Recién nacido	15 meses	6 años	12 años
Primera semana	18 meses	7 años	13 años
1 mes	24 meses	8 años	14 años
2 meses	30 meses	9 años	15 años
4 meses	3 años	10 años	16 años
6 meses	4 años		17 años
9 meses			18 años

¿Qué servicios preventivos no están cubiertos? (Exclusiones)

Los siguientes son servicios no cubiertos:

- Vacunas necesarias para viajes internacionales.
- Servicios relacionados con exámenes físicos de rutina o exámenes de detección y vacunas que se aplican principalmente para seguros, licencias, empleo, programas de reducción de peso o para cualquier fin no preventivo.
- Cualquier servicio que no sea médicamente necesario.

¿A quién debo acudir para recibir servicios en el consultorio del proveedor?

Este plan cubre las visitas al consultorio del proveedor y los servicios prestados en el consultorio con proveedores participantes (dentro de la red) de RMHP.

No necesita un referido para:

No necesita derivación para ir a un proveedor participante de RMHP.

¿Qué servicios en el consultorio del proveedor están cubiertos?

Se proporcionan beneficios para atención médica, consultas y segundas opiniones para examinar, diagnosticar y tratar una enfermedad o lesión cuando los servicios se reciben en el consultorio del proveedor. El proveedor también puede proporcionar control de medicamentos para afecciones médicas o trastornos de salud mental.

Se proporcionan beneficios para cirugía y servicios quirúrgicos en el consultorio, que incluyen anestesia y suministros. Las tarifas quirúrgicas incluyen anestesia local y atención posoperatoria normal. Para ciertos servicios quirúrgicos prestados en el consultorio, su proveedor puede necesitar autorización previa de RMHP.

Se proporcionan beneficios para los servicios de diagnóstico recibidos en el consultorio del proveedor cuando son necesarios para diagnosticar o monitorear un síntoma, una enfermedad o una afección. Los beneficios para servicios de diagnóstico prestados en el consultorio del proveedor incluyen, entre otros, los siguientes:

- Radiografías y otros servicios de radiología.
- Servicios de laboratorio y patología.
- Servicios ecográficos para afecciones no relacionadas con el embarazo. En el caso de ecografías relacionadas con el embarazo, consulte la sección **Atención de maternidad y del recién nacido**.

Hay cobertura disponible para los siguientes servicios relacionados con pruebas de alergia:

- Pruebas cutáneas directas (percutáneas e intradérmicas), pruebas de alergia con parches y RAST (prueba de radioalergoabsorbencia).
- Medicamentos para la alergia administrados mediante inyección en el consultorio de un proveedor.
- Cargos por suero para alergias.

Las pruebas audiométricas (auditivas) y de visión también son servicios prestados en el consultorio del proveedor que están cubiertos.

¿Qué servicios en el consultorio del proveedor no están cubiertos? (Exclusiones)

Los siguientes servicios, suministros y cuidados no están cubiertos:

- Los costos relacionados con la obtención de sus registros médicos o informes o la transferencia de sus archivos.
- Tratamiento para la caída del cabello, aunque sea causada por una afección médica, excepto la alopecia areata, que es una enfermedad que causa caída del cabello.
- Cuidado de rutina de los pies, como cuidados para callos, las uñas de los pies o callosidades (excepto para miembros con diabetes).
- Tratamiento de la disfunción sexual.
- Servicios de tratamiento de la infertilidad.
- Asesoramiento genético.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. 77

- Reembolso separado por anestesia y atención posoperatoria cuando los servicios los presta el mismo proveedor en el consultorio del proveedor.
- Exploraciones de densidad ósea periférica.

Para obtener más información

- Para atención preventiva, consulte la sección **Servicios de atención preventiva**.
- Para servicios de planificación familiar, consulte la sección **Planificación familiar/salud reproductiva**.
- Para tratamiento del alcoholismo, abuso de sustancias o enfermedades mentales, consulte la sección **Atención de salud mental** o la sección **Atención de abuso de sustancias**.
- Para obtener información sobre cómo recibir servicios en el consultorio fuera del horario de atención, llame al consultorio del PCP y solicite instrucciones; consulte la sección **Atención de emergencia y de urgencia/fuera del horario de atención**.
- Para visitas relacionadas con atención domiciliaria o cuidados para enfermos terminales, consulte la sección **Atención médica domiciliaria/terapia de infusión domiciliaria** y la sección **Cuidados para enfermos terminales**.
- Para obtener información sobre la cobertura de consultas con proveedores en el entorno hospitalario, consulte la sección **Servicios hospitalarios**.
- En el caso de un servicio relacionado con un accidente dental, una cirugía oral o un trastorno de la articulación temporomandibular (ATM), consulte la sección **Servicios dentales** de este manual.

Atención de abuso de sustancias para la adicción al alcohol o a las drogas

¿Cómo recibo servicios por abuso de sustancias por adicción al alcohol o a las drogas?

No necesita una derivación (aprobación previa) de su médico de cabecera (PCP) para recibir tratamiento para el abuso de sustancias de un especialista, hospital u otro proveedor que esté en la red de RMHP. Es posible que su proveedor de servicios por abuso de sustancias necesite obtener la aprobación previa de RMHP para algunos servicios. RMHP trabajará con usted y con su proveedor de servicios por abuso de sustancias para determinar la necesidad médica, el nivel de tratamiento adecuado y el entorno adecuado para los servicios por abuso de sustancias.

¿Qué servicios por abuso de sustancias están cubiertos?

Este plan cubre los tratamientos de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios y hospitalizados médicamente necesarios. Los servicios ambulatorios cubiertos no requieren autorización previa. Si ingresa en un centro de tratamiento de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados, el proveedor debe notificar a RMHP.

78 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

¿Qué servicios por abuso de sustancias no están cubiertos? (Exclusiones)

Los siguientes servicios, suministros y cuidados no están cubiertos:

- Gastos de habitación privada.
- Servicios vocacionales (incluye, entre otros, redacción de currículums, habilidades para entrevistas, formación en habilidades laborales y desarrollo profesional).
- Tratamiento psicosocial (incluye, entre otras cosas, habilidades domésticas y de elaboración de presupuestos).
- Biorretroalimentación
- Psicoanálisis o psicoterapia que un miembro puede utilizar como crédito para obtener un título o promover la educación del miembro.
- Hipnoterapia.
- Terapia religiosa, de pareja y social.
- El costo de cualquier daño a un centro de tratamiento causado por el miembro.
- Terapia recreativa, terapia sexual, terapia primal, terapia del sueño y terapia Z.
- Programas de autoayuda y pérdida de peso.
- Análisis transaccional, grupos de encuentro y meditación trascendental.
- Formación sobre sensibilidad y asertividad.
- Terapia de renacimiento.
- Cuidado asistencial.
- Atención domiciliaria.
- Tratamiento ordenado por la justicia o la policía que de otro modo no estaría cubierto.
- Servicios no autorizados por RMHP.
- La terapia de análisis conductual aplicado (Applied Behavioral Analysis, ABA) no es un beneficio cubierto.

Terapia: terapias ambulatorias (fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional).

¿Dónde puedo recibir terapia ambulatoria, incluidas fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional?

Toda la atención debe recibirse de un fisioterapeuta habilitado, un terapeuta del habla habilitado o un terapeuta ocupacional habilitado dentro de la red.

¿Qué terapias ambulatorias están cubiertas?

Las terapias ambulatorias cubiertas incluyen:

- La fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla están cubiertas.
- La cobertura estándar de CHP+ está limitada a 30 visitas por diagnóstico por año calendario.
- El servicio debe comenzar dentro de los seis meses posteriores a la fecha en que se produjo la lesión o enfermedad.
- Para los niños elegibles de 0 a 3 años, el beneficio de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla es ilimitado a través del Programa de Servicios de Intervención Temprana. Este beneficio ilimitado dura hasta el final del mes en que el niño cumple 3 años.
- Después del tercer cumpleaños, la cobertura de terapia ambulatoria (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla) queda limitada a la cobertura de CHP+ estándar de 30 visitas por diagnóstico al año. Si se necesitan visitas adicionales después de las primeras 30, su proveedor deberá completar una autorización previa siempre que sea médicamente necesario.

Los siguientes servicios son un beneficio cubierto para niños de 0 a 5 años con un defecto congénito o una anomalía congénita; la duración y la cantidad de visitas se basan en la necesidad médica:

- Trastornos del aprendizaje
- Tartamudeo
- Trastornos de la voz
- Trastornos del ritmo cardíaco

Este beneficio se extiende hasta el final del mes en que el niño cumple 5 años. Para ser considerados servicios cubiertos, la terapia ambulatoria debe cumplir las siguientes condiciones:

- Existe una afección documentada o un retraso en la recuperación que se puede esperar que mejore con la terapia en los 60 días posteriores a la derivación inicial para la terapia.
- La terapia ambulatoria es médicamente necesaria.
- Normalmente no se espera que mejore sin terapia ambulatoria.

Fisioterapia

La fisioterapia se brinda para aliviar el dolor, restaurar la función, prevenir una discapacidad después de una enfermedad, una lesión o la pérdida de una parte del cuerpo, tratar un retraso del desarrollo o prevenir una discapacidad debido a un defecto congénito o una anomalía congénita.

La fisioterapia puede implicar una amplia variedad de técnicas de evaluación y tratamiento. Algunos ejemplos incluyen terapia manual, hidroterapia y calor, y la aplicación de agentes físicos y principios y dispositivos biomecánicos y neurofisiológicos.

Terapia del habla

La terapia del habla es para la corrección de un trastorno del habla como resultado de una enfermedad, una lesión, un retraso del desarrollo o una cirugía. Los terapeutas del habla también pueden ayudar con el manejo médico de trastornos de la deglución. Las visitas de terapia del habla médicamente necesarias por labio leporino o paladar hendido son ilimitadas. Estas visitas de terapia del habla se computan para el máximo de visitas, tal como se describió anteriormente, pero no se limitan al máximo de visitas.

Terapia ocupacional

La terapia ocupacional es una terapia que lo ayuda a recuperar la independencia. Algunos ejemplos de terapia ocupacional son: desarrollar o volver a aprender las habilidades para vestirse, cepillarse los dientes y participar en la escuela con éxito. Pueden darle al niño equipamiento adaptativo para ayudar con estas habilidades.

¿Qué servicios de terapia ambulatoria no están cubiertos? (Exclusiones)

Los siguientes servicios, suministros y cuidados no están cubiertos:

- Fórmula para cualquier afección médica que no cumpla los requisitos anteriores.
- Programas de rehabilitación cardíaca, a menos que se haya producido un evento cardíaco importante.
- Terapia o atención de mantenimiento proporcionada después de que haya alcanzado su potencial de rehabilitación conforme lo determine RMHP.
- Programas domésticos para condicionamiento y mantenimiento continuos.
- Terapias para trastornos del aprendizaje, tartamudeo, trastornos de la voz o trastornos del ritmo cardíaco, a menos que se hayan incluido específicamente anteriormente. Diagnósticos inespecíficos relacionados con trastornos relacionados con el aprendizaje.
- Equipos de ejercicio terapéutico, como cintas de correr o pesas, indicados para uso doméstico.
- Membresía en spas o gimnasios.
- Artículos de conveniencia conforme lo determine RMHP.
- La compra de piscinas, bañeras con hidromasaje, jacuzzis y dispositivos de hidroterapia personales.
- Terapias y programas de autoayuda no identificados específicamente anteriormente.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a 81 Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

- Terapia recreativa, terapia sexual, terapia primal, terapia del sueño y terapia Z.
- Biorretroalimentación
- Terapia de renacimiento.
- Programas de autoayuda y pérdida de peso.
- Análisis transaccional, grupos de encuentro y meditación trascendental (MT).
- Formación sobre sensibilidad y asertividad.
- Rolfing, pilates, mioterapia y proloterapia.
- Medicina holística y otros programas de bienestar.
- Programas educativos, como clases de modificación del comportamiento o artritis, excepto que se disponga específicamente lo contrario en este Manual del miembro de CHP+.
- Servicios para el trastorno de integración sensorial.
- Terapias ocupacionales para terapias recreativas o vocacionales (por ejemplo, pasatiempos, arte y manualidades).
- Acupuntura.

Ayuda para dejar de fumar

Asesoramiento para dejar de fumar

Medicamentos recetados aprobados por la FDA y productos de venta libre para dejar de fumar durante un máximo de dos sesiones de 90 días en un período de 12 meses. Los servicios de asesoramiento para dejar de fumar están cubiertos y están limitados a 5 sesiones al año.

Transporte; servicios de ambulancia

¿Qué es un servicio de ambulancia cubierto?

- Llamadas al **911** para servicios de ambulancia.
- La ambulancia transporta de un hospital a otro cuando el primer hospital está en situación de derivación (demasiado lleno para recibir nuevos pacientes).
- La ambulancia transporta de un hospital a otro cuando el primer hospital no está equipado para proporcionar el nivel adecuado de atención que usted necesita.

¿Qué servicios de transporte en ambulancia están cubiertos?

Solo los servicios de ambulancia de emergencia o médicamente necesarios son un beneficio cubierto. Este plan cubre el transporte local en un vehículo diseñado, equipado y utilizado solo para transportarlo si está enfermo y lesionado. El vehículo debe ser manejado por personal capacitado y estar habilitado como ambulancia para llevarlo desde su casa o la escena de un accidente o una emergencia médica al hospital más cercano con instalaciones de emergencia adecuadas, o de un hospital a otro para un traslado médicamente necesario en ambulancia para continuar con la atención hospitalaria o ambulatoria.

Ambulancia aérea

La ambulancia aérea solo es un beneficio cubierto cuando el terreno, la distancia o la condición física del miembro requieren los servicios de una ambulancia aérea. RMHP determinará caso por caso si el transporte en ambulancia aérea es un beneficio cubierto. Si RMHP determina que se podría haber utilizado una ambulancia terrestre, el nivel de beneficios se limitará a aquellos correspondientes al transporte en ambulancia terrestre. Usted será responsable del resto de la factura.

¿Qué servicios de transporte no están cubiertos? (Exclusiones)

Los siguientes servicios, suministros y cuidados no están cubiertos:

- Transporte comercial (aéreo o terrestre), aviación privada o servicios de taxi aéreo.
- Transporte en automóvil particular, transporte comercial o público o ambulancia para sillas de ruedas.
- Transporte en ambulancia si podría haber sido transportado en automóvil o transporte comercial o público sin poner en peligro su salud o seguridad.
- Si decide no recibir el transporte a un centro de emergencia después de que se ha llamado a la ambulancia, usted es responsable de cualquier cargo.
- Transporte en ambulancia desde un centro de emergencia hasta su residencia.
- Servicios de transporte que no sean de emergencia. El transporte no en ambulancia, como un taxi o transporte público, no es un beneficio cubierto. Esto incluye el transporte para ir y volver de las visitas al consultorio médico o para ir y volver de la farmacia.

Servicios de la vista

¿Dónde puedo recibir servicios oftalmológicos cubiertos?

Debe recibir los servicios oftalmológicos de rutina y especializados de un oftalmólogo u optometrista dentro de la red. Los cristales, los marcos y los lentes de contacto se pueden comprar a un proveedor dentro o fuera de la red, sujeto a los límites del beneficio.

¿Qué servicios oftalmológicos están cubiertos?

Los siguientes son servicios oftalmológicos cubiertos:

- Este plan cubre exámenes de la vista y exámenes oculares de rutina adecuados para la edad.
- Se cubre un examen ocular de rutina por año calendario.
- Los servicios oftalmológicos de rutina no requieren autorización previa
- Este plan proporciona un crédito de \$150 por miembro por año calendario para la compra de cristales, marcos y lentes de contacto. Los cristales, los marcos y los lentes de contacto se pueden comprar a un proveedor dentro o fuera de la red.
- Este plan cubre servicios oftalmológicos especializados de un proveedor dentro de la red.
- Un servicio oftalmológico especializado es cuando usted visita a un proveedor de oftalmología debido a un motivo que no sea un examen de rutina. Es posible que su proveedor de servicios oftalmológicos especializados deba enviar una solicitud de autorización previa a RMHP.

¿Qué servicios oftalmológicos no están cubiertos? (Exclusiones)

Los siguientes servicios oftalmológicos no están cubiertos:

- Terapia visual.
- Servicios especializados recibidos sin autorización previa.
- Servicios relacionados con la mejora de la vista con cirugía o cualquier procedimiento para corregir la visión.

Exclusiones y limitaciones generales

Esta lista de exclusiones describe los servicios que no están cubiertos por este plan. La lista de exclusiones no es una lista exhaustiva de todos los servicios, los suministros, las afecciones o las situaciones que no constituyen servicios cubiertos. Si tiene preguntas sobre los beneficios cubiertos o las exclusiones, llame a Servicios para Miembros.

- Estas exclusiones generales se aplican a todos los beneficios descritos en este Manual del miembro de CHP+. Además de estas exclusiones generales, se aplican limitaciones, condiciones y exclusiones específicas a los servicios cubiertos específicos, que pueden encontrarse en la sección **Servicios cubiertos** y en otras partes de este manual.

Información importante sobre los servicios y beneficios que no están cubiertos

- Es posible que se le facturen los servicios que no están cubiertos. Aunque tenga una derivación de un proveedor de atención médica, los servicios no estarán cubiertos si el servicio es una exclusión o no es un beneficio cubierto.
- Si un servicio no está cubierto, todos los servicios prestados junto con ese servicio no estarán cubiertos.
- RMHP es la autoridad final para determinar si los servicios y suministros son médicamente necesarios para los fines del pago.

Este plan no cubrirá los servicios, los suministros y las situaciones que se detallan a continuación, ni los gastos relacionados. Esta no pretende ser una lista exhaustiva de servicios no cubiertos:

Acupuntura: esta cobertura no cubre servicios ni suministros relacionados con la acupuntura.

Medicamentos alternativos o complementarios: esta cobertura no cubre medicamentos alternativos ni complementarios. Los servicios que se consideran medicamentos alternativos o complementarios incluyen, entre otros, medicina holística, homeopatía, hipnosis, aromaterapia, masoterapia, reiki, fitoterapia, productos o terapias de vitaminas o dietéticos, naturopatía, termografía, terapia ortomolecular, análisis de reflejos de contacto, técnica de sincronización bioenergética (Bio-Energetic Synchronization Technique, BEST), hidroterapia de colon o iridología.

Gastos de adopción o alquiler de vientre: esta cobertura no cubre gastos relacionados con la adopción o el alquiler de vientre.

Concepción artificial: esta cobertura no cubre servicios relacionados con la concepción artificial.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. 85

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Terapia de análisis conductual aplicado (ABA): no es un beneficio cubierto.

Antes de la fecha de entrada en vigencia: esta cobertura no cubre ningún servicio recibido antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del miembro con RMHP en virtud de este plan.

Biorretroalimentación: esta cobertura no cubre los servicios y suministros relacionados con la biorretroalimentación.

Agentes quelantes: esta cobertura no cubre ningún servicio, suministro o tratamiento para el cual se utilice un agente quelante, excepto para proporcionar tratamiento para intoxicación por metales pesados.

Servicios quiroprácticos: esta cobertura no cubre ningún servicio o suministro para atención recibida de un quiropráctico. Los procedimientos de manipulación de la columna vertebral deben ser realizados por un médico osteópata (osteopathic doctor, DO); la atención proporcionada por un quiropráctico no es un beneficio cubierto.

Dolor crónico: esta cobertura no cubre servicios ni suministros para el tratamiento del dolor crónico.

Investigación clínica: esta cobertura no cubre ningún servicio o suministro proporcionado como parte de una investigación clínica, a menos que lo permita la política médica de RMHP. El formulario de consentimiento firmado para los sujetos de la investigación en seres humanos constituirá constancia de que un miembro está participando en un programa de investigación clínica.

Complicaciones de servicios no cubiertos: esta cobertura no cubre las complicaciones derivadas de servicios y suministros no cubiertos. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos incluyen, entre otros, cirugía cosmética y procedimientos y servicios que se determine que son experimentales o están en investigación.

Atención de convalecientes: salvo que se indique específicamente lo contrario, esta cobertura no cubre la atención de convalecientes después de un período de enfermedad, una lesión o una cirugía, a menos que la atención de convalecientes se reciba normalmente para una afección específica, conforme lo determine la política médica de RMHP. La atención de convalecientes incluye los servicios del proveedor y del centro.

Servicios o equipos de conveniencia/de lujo/lujosos: esta cobertura no cubre servicios ni suministros utilizados principalmente para la comodidad personal o la conveniencia del miembro. Dichos servicios y suministros incluyen, entre otros, bandejas para invitados, servicios de belleza o barbería, compras en tiendas de regalos, cargos telefónicos, televisores, kits de ingreso, servicios de lavandería personal y compresas calientes o frías.

Esta cobertura no cubre suministros, equipos ni aparatos que sean artículos de comodidad, lujo o conveniencia (por ejemplo, sidecars para sillas de ruedas, marcos de anteojos de moda o almohadillas Cryo/Cuff). Los equipos o aparatos solicitados por el miembro que incluyen más características que las necesarias para la afección médica se consideran artículos de lujo, lujosos o de conveniencia (por ejemplo, equipos motorizados, como sillas de ruedas eléctricas o scooters eléctricos, cuando se pueden utilizar equipos operados manualmente) y no están cubiertos.

86 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Servicios cosméticos: esta cobertura no cubre procedimientos cosméticos, servicios, equipos o suministros proporcionados por razones psiquiátricas o psicológicas, para cambiar las características faciales o para mejorar la apariencia. Esta cobertura no cubre los servicios requeridos como consecuencia de una complicación o un resultado de un servicio cosmético no cubierto. Algunos ejemplos de procedimientos cosméticos incluyen, entre otros, ritidectomías, inyecciones de bótox, aumento de senos, rinoplastia y revisión quirúrgica de cicatrices.

Servicios ordenados por un tribunal: esta cobertura no cubre los servicios prestados en virtud de una orden judicial, de libertad bajo palabra o libertad condicional, a menos que dichos servicios estén cubiertos de otro modo en virtud de este Manual del miembro de CHP+.

Cuidado asistencial: esta cobertura no cubre la atención cuyo propósito principal es ayudar al miembro en las actividades de la vida diaria o satisfacer las necesidades personales en lugar de las médicas, y que no es un tratamiento específico para una enfermedad o lesión. No se puede esperar que el cuidado asistencial mejore sustancialmente una afección médica y tiene un valor terapéutico mínimo. El cuidado puede ser asistencial ya sea que esté recomendado o realizado o no por un profesional y tanto si se realiza en un centro (por ejemplo, un hospital o un centro de enfermería especializada) como en el hogar. Algunos ejemplos de cuidado asistencial incluyen, entre otros, los siguientes:

- Asistencia para caminar, bañarse o vestirse.
- Traslado hasta la cama o posicionamiento en la cama.
- Administración de medicamentos autoadministrados o autoinyectables.
- Preparación de comidas.
- Asistencia con la alimentación.
- Higiene bucal.
- Cuidado de la piel y las uñas de rutina.
- Succión.
- Ir al baño (asistencia para ir al baño).
- Supervisión de equipos médicos o su uso.

Servicios dentales: esta cobertura no cubre servicios dentales, excepto según lo dispuesto en la sección **Servicios dentales**.

Alta hospitalaria en contra de la recomendación médica: esta cobertura no cubre los servicios de hospitales u otros centros si se va de un hospital u otro centro en contra de la recomendación médica del proveedor.

Gastos del día del alta hospitalaria: esta cobertura no cubre los cargos de pensión completa correspondientes al día del alta hospitalaria.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Alta hospitalaria del centro (servicios recibidos después de la fecha de alta preautorizada): esta cobertura no cubre los servicios que se presten después de la fecha de alta indicada en la autorización previa de RMHP. La fecha de alta hospitalaria adecuada se determina en función de las pautas de atención.

Atención domiciliaria: esta cobertura no cubre la atención proporcionada en una institución que no brinda tratamiento, un centro de reinserción social o en una escuela.

Doble cobertura: la doble cobertura se refiere a tener cobertura de CHP+ y otra cobertura de seguro, como Medicaid o un plan comercial, al mismo tiempo.

Interrupción voluntaria del embarazo: esta cobertura no cubre la interrupción terapéutica o voluntaria del embarazo, a menos que la interrupción voluntaria sea para salvar la vida de la madre o si el embarazo es el resultado de un acto de violación o incesto.

Procedimientos experimentales/en investigación: esta cobertura no cubre ningún tratamiento, procedimiento, fármaco/medicamento o dispositivo que RMHP haya descubierto que no cumple los criterios de elegibilidad para la cobertura. Si un servicio no cuenta con autorización previa, RMHP puede tomar la determinación antes o después de que se preste el servicio de que el servicio no se considera elegible para cobertura o es experimental/está en investigación. RMHP no cubre tratamientos o procedimientos experimentales/en investigación que no hayan demostrado ser eficaces, conforme lo determine la política médica, o si no hay ninguna política médica disponible, conforme lo determinen las autoridades médicas/quirúrgicas pertinentes seleccionadas por RMHP.

Pruebas genéticas/asesoramiento genético: esta cobertura no cubre servicios que incluyen, entre otros, pruebas previas a la concepción, pruebas de paternidad, asesoramiento y pruebas genéticas ordenadas por un tribunal, pruebas para detectar trastornos hereditarios y análisis de antecedentes familiares o pruebas para determinar el sexo o las características físicas de un bebé en gestación. Las pruebas genéticas para evaluar los riesgos de trastornos para ciertas afecciones pueden estar cubiertas en función de la política médica, la revisión y los criterios, y después de haber obtenido la autorización previa correspondiente.

Centros operados por el gobierno: esta cobertura no cubre servicios y suministros para ninguna de las discapacidades relacionadas con el servicio militar que sean provistos por un centro médico militar operado por, para o a expensas del gobierno federal, estatal o local o sus organismos, incluidos los centros de administración para veteranos, a menos que RMHP autorice el pago por escrito antes de que se presten los servicios.

Caída del cabello: esta cobertura no cubre el tratamiento para la caída del cabello (excepto la alopecia areata), lo cual incluye, entre otras cosas, medicamentos, pelucas, postizos, postizos artificiales, prótesis capilares o craneales, trasplantes de cabello o implantes, aunque haya una receta del proveedor y un motivo médico para la caída del cabello.

Hipnosis: esta cobertura no cubre servicios relacionados con la hipnosis, ya sea con fines médicos o de anestesia.

Conducta ilegal: esta cobertura no cubre ningún servicio requerido como resultado de su participación en un delito o intento de cometer un delito grave o cuya causa contribuyente fue el resultado de su participación en una ocupación ilegal.

Fórmula infantil: esta cobertura no cubre la fórmula infantil, a menos que se permita específicamente como beneficio en virtud de este Manual del miembro de CHP+.

Deficiencias de aprendizaje: esta cobertura no cubre educación especial, orientación, terapia, rehabilitación o atención para deficiencias de aprendizaje, estén o no asociadas a una discapacidad intelectual/del desarrollo u otras alteraciones.

Terapia de mantenimiento: esta cobertura no cubre ningún tratamiento que no mejore o aumente significativamente el funcionamiento o la productividad del miembro, ni la atención proporcionada después de que el miembro haya alcanzado la mejoría médica máxima, conforme lo determine RMHP, excepto según lo dispuesto en la sección **Servicios cubiertos** de este manual.

Necesidad médica: este plan solo cubre los gastos por servicios y suministros que sean médicamente necesarios. La cobertura de los servicios puede denegarse antes o después del pago, a menos que los servicios hayan sido autorizados previamente.

- La decisión sobre si un servicio o suministro es médicamente necesario se basa en la política médica y en bibliografía médica sometida a revisión externa por expertos con respecto a lo que se considera la práctica médica o quirúrgica aprobada o generalmente aceptada.
- El hecho de que un proveedor indique, ordene, recomiende o apruebe un servicio no hace que el servicio sea médicamente necesario.

Terapia nutricional médica: esta cobertura no cubre vitaminas, suplementos dietéticos/nutricionales, alimentos especiales, fórmulas infantiles de venta libre ni dietas, a menos que se indique específicamente en este Manual del miembro de CHP+.

Proveedores de servicios no cubiertos: esta cobertura no cubre los servicios y suministros indicados o administrados por un proveedor, una persona o un centro no mencionado específicamente como cubierto en este Manual del miembro de CHP+. Estos proveedores o centros no cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Spas o gimnasios (independientemente de que los servicios sean prestados por un proveedor habilitado o registrado).
- Enfermería escolar.
- Masoterapeuta.
- Hogar para ancianos.
- Institución residencial o centro de reinserción social (un centro en el que los servicios principales son pensión completa y supervisión constante, o una rutina diaria estructurada para una persona con discapacidad, pero cuya afección no requiere hospitalización en cuidados agudos).

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. 89

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

- Servicios dentales o médicos patrocinados por o para un empleador, una mutual, un sindicato, un fiduciario o cualquier persona o grupo similar.
- Servicios prestados al miembro por el miembro, por un familiar o por una persona que normalmente vive en la casa del miembro.
- Entrenador deportivo.

Gastos no médicos: esta cobertura no cubre gastos no médicos, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Gastos de adopción o alquiler de vientre.
- Clases educativas y suministros no proporcionados por el proveedor de atención médica del miembro, a menos que se permitan específicamente como un beneficio incluido en este Manual del miembro de CHP+.
- Servicios y suministros de formación profesional.
- Gastos de correo, envío y manipulación.
- Gastos por intereses y cargos por mora.
- Modificaciones en el hogar, el vehículo o el lugar de trabajo, independientemente de la afección médica o la discapacidad.
- Cuotas de spas, gimnasios u otras instalaciones similares, o cuotas para entrenadores personales, aunque se recomiende médicamente e independientemente de cualquier valor terapéutico.
- Artículos de comodidad personal, como aires acondicionados, humidificadores o equipos para hacer ejercicio.
- Servicios personales, como cortes de cabello, champú, comidas para invitados, radios o televisores.
- Sintetizadores de voz u otros dispositivos de comunicación, excepto conforme lo permita específicamente RMHP.

Cirugía ortognática médica: esta cobertura no cubre aumento ni reducción de la mandíbula superior o inferior (cirugía ortognática), aunque la afección se deba a una característica genética, congénita o adquirida; excepto según lo dispuesto en la sección **Servicios dentales** y conforme lo exija la ley estatal.

Órtesis: esta cobertura no cubre plantillas ortopédicas (excepto para miembros con diabetes), ya sea funcionales o de otro tipo, independientemente del alivio que proporcionen.

Productos de venta libre (OTC): esta cobertura no cubre artículos de venta libre que no sean medicamentos y otros artículos que generalmente se tienen en el hogar para uso general, incluidos, entre otros, vendajes, gasas, cinta adhesiva, hisopos de algodón, apósitos, termómetros, almohadillas térmicas y vaselina. Esta cobertura no cubre los kits de pruebas de laboratorio para uso doméstico, incluidas, entre otras, pruebas para la detección del embarazo y pruebas de VIH para uso doméstico.

Fármacos/medicamentos de venta libre (OTC): a menos que se indique que están cubiertos en este Manual del miembro de CHP+ (consulte la sección **Medicamentos recetados**) o en la lista del formulario, esta cobertura no cubre medicamentos de venta sin receta ni de venta libre. Esto incluye preparados a base de hierbas u homeopáticos; medicamentos recetados que tienen un bioequivalente de venta libre, aunque se hayan recetado; y medicamentos que no requieren receta según la ley federal (incluidos los medicamentos que requieren receta según la ley estatal, pero no según la ley federal), a excepción de la insulina inyectable. Es posible que algunos medicamentos recetados no estén cubiertos aunque el miembro tenga una receta de un proveedor.

Beneficios posteriores a la finalización de la cobertura: esta cobertura no cubre beneficios por atención recibida después de la finalización de la cobertura, excepto según lo dispuesto en la sección **Membresía**. La atención de seguimiento no está cubierta después de la finalización de la cobertura, aunque se haya permitido el ingreso en el centro hospitalario.

Servicio de enfermería privada: esta cobertura no cubre servicios de enfermería privada.

Gastos de habitación privada: esta cobertura no cubre los servicios relacionados con una habitación privada, excepto según lo dispuesto en la sección **Servicios cubiertos**.

Descuento profesional o de cortesía: esta cobertura no cubre ningún servicio para el cual se exima la parte del pago que le corresponde al miembro debido a una cortesía o un descuento profesional.

Servicios de radiología: esta cobertura no cubre tomografías computarizadas ultrarrápidas ni pruebas de densidad ósea periférica.

- Esta cobertura no cubre tomografías computarizadas de cuerpo entero ni exámenes de detección de rutina.
- Las ecografías están cubiertas, tal como se describe en este Manual del miembro de CHP+. Se cubren dos (2) ecografías prenatales (durante el embarazo). Después de la segunda ecografía, se requiere autorización previa. Esto le da a RMHP la oportunidad de revisar el caso para determinar si el embarazo es de alto riesgo.

Mamoplastia de reducción: esta cobertura no cubre la mamoplastia de reducción, a menos que se realice junto con la reconstrucción tras la mastectomía y el diagnóstico de cáncer.

Elaboración de informes: esta cobertura no cubre cargos por la elaboración de informes médicos, facturas detalladas ni cargos por copia de registros médicos del proveedor cuando el miembro lo solicite.

Disfunción sexual: esta cobertura no cubre servicios, suministros ni medicamentos recetados para el tratamiento de la disfunción sexual o la impotencia.

Impuestos: esta cobertura no cubre los impuestos sobre las ventas, los servicios u otros impuestos exigidos por ley que se aplican a los servicios cubiertos.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Cirugía de la articulación temporomandibular (ATM) o terapia/cirugía ortognática: esta cobertura no cubre servicios relacionados con la cirugía de la articulación temporomandibular (ATM), excepto la cirugía de la articulación temporomandibular con base médica.

Responsabilidad de terceros (subrogación): esta cobertura no cubre servicios ni suministros que puedan ser reembolsados por un tercero. Consulte la sección **Información administrativa** para obtener información.

Gastos de viaje: esta cobertura no cubre gastos de viaje o alojamiento para usted, su familia o su proveedor, excepto según lo dispuesto en la sección **Servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos**.

Ligadura de trompas: esta cobertura no cubre la ligadura de trompas.

Vasectomías: esta cobertura no cubre vasectomías.

Visión: esta cobertura no cubre ningún servicio o suministro quirúrgico, médico u hospitalario prestado en relación con cualquier procedimiento destinado a corregir la miopía, la hipermetropía o el astigmatismo.

Terapia visual: esta cobertura no cubre la terapia visual, incluidos, entre otros, tratamientos como entrenamiento visual, ortóptica, entrenamiento ocular o entrenamiento para ejercicios oculares.

Afecciones relacionadas con guerras: esta cobertura no cubre los servicios o suministros necesarios para tratar enfermedades o lesiones resultantes de guerras, guerras civiles, insurrecciones, rebeliones o revoluciones.

Programas de pérdida de peso: esta cobertura no cubre servicios de programas de pérdida de peso.

Accidentes de trabajo: esta cobertura no cubre servicios ni suministros en el caso de un accidente o una enfermedad que se relacione con el trabajo. Consulte la sección **Información administrativa** para obtener información.

Información administrativa e información adicional

En esta sección, se describe la información administrativa que puede resultarle útil mientras está inscrito en este plan.

Información administrativa

Cambios en el Manual del miembro de CHP+

Nadie más que RMHP puede modificar este Manual del miembro CHP+. RMHP administra este Manual del miembro de CHP+ estrictamente de conformidad con sus términos tal y como están escritos. Las declaraciones orales o escritas no reemplazan los términos de este manual.

Los encabezados utilizados en este Manual del miembro de CHP+ son solo para referencia y no se deben utilizar para interpretar las disposiciones de este manual.

Plan de mejora de la calidad

RMHP cuenta con un plan de mejora de la calidad que nos dice cómo nos va en la prestación de atención de la salud y servicios para los miembros. Siempre queremos mejorar nuestra calidad. Puede solicitar una copia de este plan sin costo para usted. Si cree que no recibió la atención adecuada, puede quejarse. Si su atención no la brindó la persona adecuada, en el lugar adecuado o en el momento adecuado, puede presentar una queja. Hay un formulario al final de este manual de beneficios que puede completar, o puede llamar a Servicios para Miembros. Sus quejas nos ayudan a saber qué funciona y qué debemos solucionar.

Aviso de prácticas de privacidad

RMHP se compromete a proteger la confidencialidad de su información médica con el mayor alcance posible permitido por la ley. Además de las leyes que rigen su privacidad, RMHP tiene sus propias políticas y sus propios procedimientos de privacidad para ayudar a proteger su información. Si desea una copia de las políticas y los avisos de privacidad de RMHP, visite <https://www.uhccommunityplan.com/privacy-policy>, remítase al Aviso de prácticas de privacidad al final de este manual o llame a Servicios para Miembros.

Envío de avisos

Todos los avisos para los miembros se consideran enviados y recibidos por el miembro cuando se depositan en el correo de los Estados Unidos con franqueo prepago en tanto y en cuanto se encuentren dirigidos a la dirección más reciente del miembro que figura en los registros de membresía de RMHP.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. 93

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Actividad fraudulenta

Si sospecha fraude, ¡díganoslo! Llame a Servicios para Miembros o al programa CHP+ de Colorado. Puede comunicarse con la línea directa de fraude de UnitedHealthcare al 1-844-359-7736 o completar el formulario en línea en www.uhc.com/fraud.

Es contrario a la ley proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a RMHP o al programa CHP+ para beneficiarse a usted mismo o para beneficiar a cualquier otra persona. Esto se denomina comúnmente fraude. No cometa fraude. Las sanciones por fraude pueden incluir prisión, multas monetarias y denegación de seguro.

Si cree que RMHP o el programa CHP+ le proporcionaron información de este tipo, puede denunciarlo a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras en dora.state.co.us.

El fraude hace que el costo de la atención médica aumente. Puede ayudar a disminuir estos costos haciendo lo siguiente:

- Tenga cuidado con los ofrecimientos de dispensar los copagos. Esta práctica suele ser ilegal.
- Tenga cuidado con los laboratorios móviles de pruebas de salud. Pregunte a qué compañía de seguros se cobrará la prueba.
- Revise siempre este Manual del miembro de CHP+ de RMHP. Si hay alguna diferencia entre lo que hay aquí y lo que le ofrecen, llame a Servicios para Miembros.
- Tenga mucho cuidado al proporcionar cualquier información sobre su tarjeta de identificación de miembro de CHP+ o RMHP por teléfono. Usted sabrá que es víctima de robo de identidad o fraude médico si:
 - Recibe una factura por servicios médicos que no recibió.
 - Un cobrador de deudas se comunica con usted con respecto a facturas médicas que usted no adeuda.
 - Ve avisos de cobranza médica en su informe de crédito que usted no reconoce.
 - Su plan de salud le informa que ha alcanzado el límite de beneficios.
 - Le prometen productos gratuitos, como equipos médicos o tarjetas de regalo, por proporcionar su identificación médica a alguien.

El programa CHP+ de Colorado se reserva el derecho de recuperar cualquier pago de beneficios pagado en nombre de un miembro si el miembro ha cometido fraude o tergiversación de hechos sustanciales al solicitar la cobertura o al recibir o solicitar los beneficios.

Contratistas independientes

RMHP tiene contratos con proveedores de atención médica que permiten a los proveedores proporcionar tratamiento a los miembros. Estos proveedores no pueden hacerle ninguna promesa en nombre de RMHP. RMHP no tiene control sobre ningún diagnóstico o tratamiento, ni sobre ninguna atención u otro servicio proporcionado a un miembro por un centro o proveedor profesional. RMHP no es responsable de ninguna reclamación relacionada con lesiones sufridas por un miembro mientras recibía atención de cualquier proveedor.

RMHP puede contratar a ciertas empresas que proporcionan servicios especializados, como medicamentos con receta y/o servicios por abuso de sustancias. Estas organizaciones pueden ayudar a RMHP al proporcionar servicios comerciales, como revisar beneficios, pagar reclamaciones o ayudarlo con sus preguntas.

Ausencia de retención de cobertura para atención necesaria

RMHP no compensa, recompensa ni incentiva, económicamente o de otro modo, a los asociados por restricciones de atención inapropiadas.

RMHP no promueve ni proporciona de otro modo un incentivo a empleados o revisores de proveedores por la retención de beneficios para la aprobación de servicios médicamente necesarios a los que usted tiene derecho.

La revisión de la utilización y las decisiones de cobertura de beneficios se basan en la pertinencia de la atención y el servicio y en los términos aplicables de este Manual del miembro de CHP+.

RMHP no diseña, calcula, otorga ni permite incentivos financieros o de otro tipo basados en la frecuencia de rechazos de autorización para cobertura, reducciones o limitaciones en la duración de las estadías hospitalarias, servicios o cargos médicos, o llamadas telefónicas u otros contactos con proveedores de atención médica o miembros.

Puede solicitar a Servicios para Miembros que le envíen información sobre los planes de incentivos para médicos de RMHP.

Exámenes físicos y autopsias

RMHP tiene el derecho y la oportunidad, a su cargo, de solicitar un examen de una persona cubierta por este plan en el momento y con la frecuencia que sea razonablemente necesaria durante la revisión de un caso o una reclamación. Ante el fallecimiento de un miembro, RMHP puede solicitar una autopsia cuando no lo prohíba la ley.

Eventos catastróficos

En caso de incendio, inundación, guerra, disturbios civiles, orden judicial, huelga, acto de terrorismo u otra causa fuera del control de RMHP, es posible que RMHP no pueda procesar las reclamaciones de forma oportuna. No se pueden emprender acciones legales ni demandas contra RMHP o el programa CHP+ debido a un retraso causado por cualquiera de estos eventos.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. 95

Decisiones sobre beneficios cubiertos

Para decidir si un servicio es un beneficio cubierto, RMHP evalúa si el servicio:

- es necesario desde el punto de vista médico;
- es experimental o está en investigación;
- es estético;
- está excluido en virtud de esta cobertura.

Para ayudar a tomar esta decisión, RMHP utiliza una serie de herramientas, que incluyen:

- Las políticas médicas y directrices de práctica adoptadas por RMHP.
- Bibliografía médica actualizada sometida a revisión externa por expertos.
- Directrices obtenidas de organizaciones nacionales y asociaciones profesionales reconocidas.
- Consultas con especialistas.

RMHP no promueve ni proporciona de otro modo un incentivo a sus empleados o revisores de proveedores por retener la aprobación de beneficios para servicios médicamente necesarios a los que el miembro tiene derecho.

Servicios de atención de la salud médicamente necesarios

Este plan solo cubre servicios, procedimientos, suministros o visitas médicamente necesarios (salvo que se disponga lo contrario en este Manual del miembro de CHP+). Por “médicamente necesario” se entiende que los servicios son los servicios adecuados para su problema. Son los servicios que recibirían otras personas con el mismo problema médico. El hecho de que su médico solicite un servicio no hace que sea médicamente necesario. Para ayudar a decidir si un servicio es médicamente necesario, RMHP utiliza:

- la política médica;
- las directrices de práctica clínica;
- las normas profesionales, y
- la revisión externa por expertos.

Política médica

Las políticas médicas de RMHP reflejan los estándares de práctica actuales y evalúan el equipo médico, el tratamiento y las intervenciones de acuerdo con una revisión basada en evidencia de la bibliografía científica. Los beneficios, las exclusiones y las limitaciones de la cobertura de un miembro tienen prioridad sobre la política médica. Esto significa que si un servicio figura como excluido o no cubierto en este Manual del miembro de CHP+, no estará cubierto, independientemente de si cumple o no los estándares establecidos en la política médica. Para asegurarse de que las políticas médicas estén actualizadas, RMHP revisa y actualiza las políticas médicas de forma regular.

Evaluación de nuevas tecnologías

RMHP utiliza un enfoque sistemático para evaluar y abordar nuevos desarrollos en tecnologías médicas o nuevas aplicaciones de tecnologías existentes, incluidos procedimientos médicos, procedimientos de salud conductual, productos farmacéuticos y dispositivos, para su inclusión en los planes de beneficios. La evaluación incluye una revisión de información de los organismos reguladores gubernamentales competentes, evidencia científica publicada y aportaciones de especialistas y profesionales con experiencia en la nueva tecnología. Si desea obtener más información sobre el enfoque de RMHP para la evaluación de nuevas tecnologías, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

Entorno adecuado y autorización previa

Los servicios de atención médica se pueden prestar en un entorno hospitalario o ambulatorio. El entorno adecuado dependerá de la gravedad de la afección médica y de los servicios necesarios para tratar la afección. Este plan cubre tanto la atención hospitalaria como ambulatoria, siempre que la atención se proporcione en el entorno adecuado, cuente con autorización previa, si es necesario, y sea médicamente necesaria.

Hospitalizaciones

Algunos ejemplos de entornos hospitalarios son:

- Hospitales
- Centros de enfermería especializada
- Centros de cuidados para enfermos terminales

Duración adecuada de la estadía

RMHP trabaja con sus proveedores para determinar la duración adecuada de una hospitalización. Algunas de las cosas que se utilizan para ayudar a tomar esta decisión son las políticas médicas y las pautas de atención médica. Las pautas de atención médica incluyen pautas de recuperación óptima para pacientes hospitalizados y para la atención quirúrgica. Al utilizar estas pautas y fomentar la educación, es más probable que usted obtenga mejores resultados.

Procedimientos ambulatorios

Algunos ejemplos de entornos ambulatorios son:

- Consultorios de proveedores
- Centros de cirugía ambulatoria
- Atención médica domiciliaria
- Cuidados para enfermos terminales en el hogar

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Los servicios ambulatorios pueden prestarse en un hospital de forma ambulatoria o en un centro independiente, como un centro de cirugía ambulatoria.

Algunos procedimientos realizados en el entorno ambulatorio deben contar con autorización previa. Su proveedor de atención médica es responsable de solicitar la autorización previa. RMHP puede pedirle a su proveedor más información para determinar si el servicio es médicamente necesario.

Revisión retrospectiva de reclamaciones

A veces, para determinar si un servicio que se presenta en una reclamación es un servicio cubierto, RMHP puede realizar una revisión retrospectiva de la reclamación. Esto es cuando RMHP revisa los cargos por servicios que ya se han prestado. Esto se hace para determinar:

- Si los servicios fueron autorizados previamente.
- La pertinencia de los servicios facturados en función de los beneficios cubiertos, la política médica y la necesidad médica.

RMHP puede solicitar y revisar sus registros médicos para facilitar la toma de decisiones de pago. Si RMHP determina que los servicios no están cubiertos, RMHP no pagará los cargos.

Administración de la utilización

La administración de la utilización se usa para determinar si un servicio es médicamente necesario, se prestó en el entorno adecuado y durante el tiempo adecuado. La atención se compara con directrices reconocidas a nivel nacional. La revisión de la utilización puede utilizarse para determinar el pago adecuado por los servicios cubiertos. Sin embargo, la decisión de obtener el servicio la toma usted únicamente junto con su proveedor, independientemente de la decisión de pago/cobertura que tome RMHP. RMHP no realiza determinaciones de servicios cubiertos ni determinaciones de revisión de la utilización basándose en creencias morales o religiosas. Si usted cree que se le ha denegado un servicio cubierto por creencias morales o religiosas, comuníquese con Servicios para Miembros. RMHP lo ayudará a encontrar otro proveedor que le preste los servicios cubiertos que usted necesita.

El equipo de Administración de la Utilización de RMHP estará encantado de explicarle nuestro programa y cómo se cubren los servicios. Puede solicitar información sobre nuestro programa de administración de la utilización para comprender mejor cómo se usa este programa para determinar la necesidad médica de los servicios. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información. Si no está de acuerdo con una decisión y desea presentar una apelación, consulte las instrucciones en la sección **Reclamos y apelaciones**.

Otros seguros, coordinación de beneficios y subrogación

Para calificar para el programa CHP+ de Colorado, no debe tener otra cobertura de seguro, a excepción de los programas Colorado Indigent Care Program y Health Care Program for Children with Special Needs (HCP). En otras palabras, solo puede calificar para la cobertura de CHP+ si no tiene ninguna otra cobertura de seguro de atención de la salud. Si usted está cubierto por cualquier otra cobertura válida, incluidos Health First Colorado, cobertura del mercado, cobertura individual (privada) o grupal, no es elegible para CHP+ y, por lo tanto, no es elegible para tener a RMHP como su plan CHP+. Existen excepciones limitadas a esta regla: los miembros de CHP+ pueden tener cobertura de Medicare, dental y oftalmológica y aun así mantener su cobertura de CHP+.

Si recibe otra cobertura de seguro médico mientras está inscrito en CHP+, debe llamar a Servicio al Cliente de CHP+ de Colorado al 1-800-359-1991 e informarles acerca de la nueva cobertura. Si se descubre que tiene otro seguro, recibirá un aviso del Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica para confirmar si tiene otro seguro médico. Si no responde antes de la fecha indicada, perderá la elegibilidad para CHP+ y se le dará de baja del plan CHP+ de RMHP. Esto podría tardar hasta 60 días. Durante ese tiempo, RMHP coordinará los beneficios con el otro seguro. El otro seguro debe pagar primero.

Otro seguro médico

Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada de 1985 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985, COBRA)

Los miembros con cobertura de seguro de salud en virtud de COBRA son elegibles para solicitar el programa Child Health Plan Plus (CHP+). Una vez que se notifique al solicitante que ha sido aceptado en CHP+ y de que decida participar, deberá cancelar la cobertura de seguro médico en virtud de COBRA. Esto significa que los miembros de CHP+ pueden tener cobertura doble con CHP+ y su cobertura en virtud de COBRA durante un tiempo. Durante el tiempo en que el miembro tenga cobertura de CHP+ y en virtud de COBRA, COBRA será el plan de seguro principal.

Coordinación de beneficios

RMHP coordinará los beneficios para los miembros que tengan Medicare como cobertura de seguro principal, o un plan dental u oftalmológico independiente u otro plan de seguro en el que estén inscritos durante un período de tiempo hasta que se les dé de baja de CHP+. En este caso, RMHP pagará como secundario.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al 1-877-668-5947, TTY 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. 99

Indemnización de los trabajadores

Para recibir beneficios en virtud del seguro de indemnización por accidentes de trabajo debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, debe ejercer sus derechos en virtud de la Ley de Indemnización por Accidentes de Trabajo (Worker's Compensation Act) o de cualquiera de las leyes de responsabilidad civil patronal que puedan aplicarse. Esto incluye presentar una apelación ante la División de Indemnización por Accidentes de Trabajo (Division of Workers Compensation). RMHP puede pagar las reclamaciones durante el proceso de apelación si usted firma un acuerdo por el que declare que usted reembolsará a RMHP hasta el 100 por ciento de los beneficios pagados que también sean pagados por otra fuente. Los servicios y suministros resultantes de enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo no son beneficios en virtud de este plan. Esta exclusión de la cobertura se aplica a los gastos resultantes de accidentes o enfermedades laborales cubiertos por lo siguiente:

- Leyes que rigen las enfermedades laborales
- Seguro de responsabilidad civil patronal
- Ley municipal, estatal o federal
- La Ley de Indemnización por Accidentes de Trabajo

RMHP no pagará los servicios relacionados con reclamaciones de indemnización por accidentes de trabajo si:

- Usted no presenta una reclamación dentro del plazo de presentación permitido por la ley aplicable.
- Usted obtiene atención que no está autorizada por el seguro de indemnización por accidentes de trabajo.
- Su empleador no cuenta con el seguro de indemnización de por accidentes de trabajo requerido. En este caso, el empleador será responsable de los gastos por la enfermedad o lesión relacionada con el trabajo del empleado.
- Usted no cumple con cualquier otra disposición de la Ley de Indemnización por Accidentes de Trabajo.

Disposiciones sobre seguros de automóviles

RMHP coordinará los beneficios del programa CHP+ con los beneficios de una póliza de seguro del automóvil que cumpla con los requisitos. Una póliza de seguro del automóvil que cumple con los requisitos es una póliza de seguro aprobada por la División de Seguros de Colorado que proporciona al menos la cobertura mínima que exige la ley, y está sujeta a la Ley de Reparaciones de Accidentes Automovilísticos de Colorado (Colorado Auto Accident Reparations Act) o a los artículos 10-4-601 a 10-4-633 de las Leyes Revisadas de Colorado. Cualquier ley estatal o federal que requiera beneficios similares a través de la legislación o reglamentación también se considera una póliza que cumple los requisitos.

Cómo RMHP coordina los beneficios con las pólizas que cumplen los requisitos

Los beneficios de RMHP pueden coordinarse con las pólizas que cumplen los requisitos. Después de que se agoten (se acaben) los beneficios ofrecidos por la póliza que cumple los requisitos, RMHP pagará los beneficios sujeto a los términos y condiciones de este Manual del miembro de CHP+. Si hay más de una póliza que cumple los requisitos que ofrece cobertura, cada póliza debe agotarse antes de que RMHP sea responsable de cualquier otro pago.

100 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Debe cooperar plenamente con RMHP para asegurarse de que la póliza que cumple los requisitos haya pagado todos los beneficios requeridos. Es posible que RMHP le exija que se someta a un examen físico en casos controvertidos. Si existe una póliza que cumple los requisitos y que se encuentra, y usted renuncia o no hace valer sus derechos a dichos beneficios, RMHP no pagará aquellos beneficios que hubieran estado disponibles en virtud de una póliza que cumple los requisitos. Recuerde lo siguiente:

- Antes de realizar cualquier pago de beneficios, RMHP puede exigir pruebas de que la póliza que cumple los requisitos ha pagado todos los beneficios principales.
- RMHP también tiene el derecho, pero no la obligación, de realizar pagos en virtud de este Manual del miembro de CHP+ y posteriormente coordinar con la póliza que cumple los requisitos o solicitar el reembolso.
- En todos los casos, tras el pago, RMHP podrá ejercer sus derechos en virtud de este certificado y de la legislación aplicable contra todas y cada una de las partes o aseguradoras potencialmente responsables. En ese caso, RMHP podrá ejercer los derechos que se encuentran en la sección **Información administrativa**.

¿Qué sucede si un miembro no tiene otra póliza?

RMHP pagará beneficios por cualquier lesión que usted sufra mientras viaja o conduce un vehículo del que es propietario si el vehículo no está cubierto por una póliza que cumple los requisitos, conforme lo exige la ley.

RMHP también pagará beneficios en virtud de los términos de este plan por cualquier lesión que sufra si usted maneja pero no es el propietario, si es un pasajero o si es un peatón involucrado en un accidente automovilístico si sus lesiones no están cubiertas por una póliza que cumple los requisitos. En ese caso, RMHP podrá ejercer los derechos que se encuentran en esta sección.

Responsabilidad de terceros; subrogación

La responsabilidad de terceros significa que alguien que no es usted es o puede ser legalmente responsable de su afección o lesión. RMHP no pagará ningún servicio o suministro en virtud de este plan por el que un tercero sea responsable. Sin embargo, RMHP puede proporcionar beneficios en las siguientes condiciones:

- Cuando se establece que no existe responsabilidad de terceros.
- Cuando usted garantiza por escrito reembolsar a RMHP por cualquier reclamación pagada por RMHP en su nombre si el tercero posteriormente llega a un acuerdo con usted por cualquier suma, o si el miembro recupera los daños en un tribunal.

Derechos de RMHP en virtud de la responsabilidad de terceros

RMHP tiene derechos de subrogación cuando un tercero es o puede ser responsable de los costos de cualquier gasto cubierto pagadero a usted o en su nombre en virtud de este Manual del miembro de CHP+. Esto significa que RMHP tiene el derecho, ya sea como codemandante o mediante una demanda directa, de hacer valer su reclamación contra un tercero por los beneficios pagados a usted o en su nombre.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a 101 Servicios para Miembros al 1-877-668-5947, TTY 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Obligaciones del miembro en virtud de la responsabilidad de terceros

Usted tiene la obligación de cooperar para satisfacer el derecho de subrogación de CHP+ de RMHP o de abstenerse de tomar cualquier medida que pueda perjudicar los derechos de RMHP en virtud de este plan. Si RMHP debe iniciar acciones legales para hacer valer sus derechos y RMHP triunfa en esa acción, usted deberá pagar los gastos legales de RMHP, incluidos los honorarios de abogados y las costas judiciales.

Si un tercero es o puede ser responsable de realizar pagos a usted o en su nombre por cualquier beneficio disponible en virtud del plan CHP+ de RMHP, debe ocurrir lo siguiente:

- Usted debe notificar inmediatamente a RMHP acerca de su reclamación contra el tercero.
- Usted y su abogado deben contemplar el monto de los beneficios pagados por el programa CHP+ y RMHP en cualquier acuerdo con el tercero o con la aseguradora del tercero.
- Si recibe dinero por la reclamación tras una demanda, un acuerdo o de otro modo, debe reembolsar íntegramente a RMHP y al programa CHP+ según corresponda el monto de los beneficios que se le proporcionaron en virtud de este certificado. No puede excluir la recuperación de los beneficios de atención de la salud de RMHP de ningún tipo de indemnización por daños o acuerdo que haya recuperado.
- Debe cooperar en todo lo necesario para que RMHP haga valer sus derechos de subrogación.
- Usted tiene la responsabilidad de seguir cualquier proceso de un tercero pagador responsable antes de recibir servicios que no sean de emergencia.

El incumplimiento de las obligaciones de esta sección puede dar lugar a la terminación de la cobertura de este plan.

Pago de reclamaciones

Servicios de proveedores de la red

Cuando un proveedor de la red le factura a RMHP servicios cubiertos, RMHP pagará los cargos correspondientes por el servicio cubierto directamente al proveedor. Usted es responsable de proporcionar al proveedor de la red toda la información necesaria, como su tarjeta de identificación, para que el proveedor pueda presentar su reclamación. Usted es responsable del copago aplicable cuando reciba servicios cubiertos.

Servicios de proveedores fuera de la red

Los servicios que no sean de emergencia de proveedores fuera de la red (que no están contratados para proporcionar servicios a los miembros de CHP+ de RMHP) no están cubiertos, a menos que estén autorizados por RMHP. Si los servicios de un proveedor fuera de la red están autorizados, los copagos por estos servicios autorizados son los mismos que los copagos por servicios cubiertos recibidos de un proveedor de la red.

102 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Usted puede ser responsable de los servicios de atención que no sean de emergencia ni de urgencia que reciba fuera del área de servicio o de un proveedor fuera de la red. Es su responsabilidad asegurarse de que el proveedor esté dentro de la red de RMHP antes de recibir los servicios.

En el caso de atención de emergencia o de urgencia, informe al hospital o al proveedor de atención de urgencia que la reclamación debe enviarse a la dirección que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de RMHP. Si no tiene su tarjeta, llame a Servicios para Miembros para que lo ayuden.

- Si el hospital fuera de la red acepta el pago de RMHP, el hospital recibe el reembolso directamente. Usted será responsable de cualquier monto de copago que pueda aplicarse.
- Si el hospital no acepta el pago de RMHP, usted es responsable de pagar directamente al hospital.
- Después de pagarle al hospital, puede solicitar el reembolso a RMHP enviando una constancia del pago del servicio. Un ejemplo de constancia de pago es un recibo del hospital que muestra el pago o los pagos que usted realizó.

Pago de reclamaciones de miembros

En esta sección, se explica cómo presentar una reclamación y recibir el reembolso de los servicios. Si le facturan servicios y tiene preguntas o inquietudes sobre si es responsable del pago, solicite ayuda a Servicios para Miembros. La mayoría de los proveedores no le facturarán. Algunos proveedores no participantes o fuera del área podrían facturarle.

Reclamaciones aceptables

Debido a que los proveedores participantes realizan el trámite por usted, RMHP no tiene formularios de reclamación estándar. Sin embargo, si recibe servicios cubiertos de un proveedor no participante o fuera del área, debe presentar facturas detalladas que contengan la siguiente información: su número de identificación; su nombre y dirección; su fecha de nacimiento; las fechas de servicio o compra; el diagnóstico y el tipo de tratamiento; el procedimiento y la cantidad cobrada; la fecha del accidente o la cirugía (cuando corresponda); el nombre y la dirección del proveedor; y el copago que pagó, si lo hubiera.

Cuando reciba una factura detallada de un hospital no participante por atención de emergencia o de urgencia, envíela a RMHP. RMHP exige constancia del pago, como un recibo, para realizarle el reembolso directamente. Las facturas de medicamentos recetados deben incluir el nombre y la dirección de la farmacia, el nombre del medicamento, el número de receta y la cantidad cobrada. Puede obtener el medicamento de cualquier farmacia si tiene una emergencia cuando está lejos de su hogar.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Si desea un reembolso por servicios cubiertos por los que ya pagó, envíe constancia del pago, como recibos y cheques cancelados, con la información mencionada anteriormente. No se aceptan estados de cuenta con saldo deudor. Toda la información de los estados de cuenta detallados debe ser legible. Si falta información o es ilegible, RMHP se la devolverá a usted o al proveedor para que proporcionen la información que falta. Si proporciona constancia de que le ha pagado al proveedor, RMHP le hará el reembolso directamente a usted. De lo contrario, RMHP le pagará al proveedor, menos el monto de su copago, si corresponde. Usted será responsable de pagar su copago al proveedor.

Dónde enviar su reclamación

Haga copias de las facturas detalladas para sus propios registros y envíe las facturas originales a:

UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 5260
Kingston NY 12402-5260

Sobrepagos

Si RMHP le paga por error, RMHP se reserva el derecho de recuperar el pago de usted. Los proveedores también pueden pedirle que pague los cargos facturados si RMHP había realizado un pago anterior por cualquier servicio recibido y por el que usted recibió el pago por error. RMHP también se reserva el derecho de negarse a pagar nuevas reclamaciones si RMHP ha realizado un pago anterior por error. RMHP se reserva el derecho de iniciar acciones legales para corregir los pagos realizados por error.

Quejas, apelaciones y reclamos; inquietudes sobre la calidad de la atención

Usted tiene muchos derechos como miembro del plan CHP+ de Colorado de RMHP. Tiene derecho a quejarse sobre RMHP. Tiene derecho a quejarse sobre su atención. Usted, su proveedor o un representante del cliente designado pueden quejarse sobre cualquier cosa con la que usted esté insatisfecho o con la que tenga un problema. Para obtener más información sobre apelaciones y reclamos, llame a Servicios para Miembros.

Si desea ayuda en cualquier momento para presentar una apelación o un reclamo

Un representante del cliente designado (Designated Client Representative, DCR) es alguien que usted elige para ayudarlo con una apelación o con un reclamo, incluido un proveedor. Debe firmar un formulario para dar permiso a su DCR para que actúe en su nombre. El formulario debe tener el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona. Si su queja es sobre su atención médica, su DCR tendrá acceso a sus registros médicos y a detalles específicos sobre su atención médica.

Derecho a presentar apelaciones y reclamos, y revisión del estado

- Tiene derecho a “apelar una decisión adversa”. Esto significa que puede solicitar una revisión de algo que RMHP ha hecho. Puede encontrar ejemplos de decisiones que puede apelar en la **Sección A** a continuación.
- Tiene derecho a “presentar un reclamo”. Esto significa que puede quejarse sobre cualquier tema que no sea una decisión (consulte la **Sección A**). Los reclamos son los tipos de cosas que se mencionan en la **Sección B** a continuación.
- Además de presentar una apelación o un reclamo ante RMHP, puede solicitar una revisión del estado, ante el estado de Colorado. El proceso de revisión del estado se describe en la **Sección C** a continuación.

Sección A: Apelar una decisión adversa

RMHP podría tomar una decisión con la que usted no está conforme. En ese caso, usted o su DCR pueden solicitar una apelación. Una apelación es una revisión de una decisión adversa (o decisión) de RMHP. Por ejemplo, su médico podría indicarle un medicamento o servicio que RMHP debe aprobar. Si se aprueba, usted recibirá lo que el médico desea que usted tenga. Si RMHP no aprueba la solicitud, entonces RMHP habrá rechazado la solicitud del médico. La decisión que toma RMHP es rechazar la solicitud.

- Una vez que RMHP haya tomado una decisión, usted siempre tiene derecho a apelar. Esto significa que puede pedir a RMHP que eche otro vistazo. Estos son ejemplos de los tipos de decisiones que usted puede apelar:
- RMHP deniega los servicios que su médico ha solicitado para usted.
- RMHP deniega el pago por los servicios que recibió.
- RMHP acorta o finaliza un servicio que habíamos acordado proporcionarle.
- RMHP no proporciona los servicios de forma oportuna.
- RMHP no actúa dentro del plazo de tiempo en que dice que lo hará. (Esto incluye responder a apelaciones, reclamos y revisiones rápidas en la cantidad de días especificada).
- RMHP deniega ciertos servicios si vive en una zona rural. (Esto se refiere al derecho que usted tiene de usar un proveedor, aunque el proveedor no esté en nuestra red, cuando vive en una zona rural).

Hay dos tipos de revisión que se pueden solicitar.

Revisión estándar

Debe llamar o escribir para apelar en el plazo de 60 días calendario a partir del día en que le informemos sobre la decisión que ha tomado RMHP. Usted o su DCR pueden completar el formulario de queja al dorso de este manual y enviárnoslo por correo postal. Si desea que completemos el formulario por usted, llame a Servicios para Miembros. Si nos llama para hacer una solicitud de apelación, le enviaremos una carta que debe firmar y devolver para confirmar que entendemos su solicitud verbal.

En el plazo de dos días hábiles contados a partir del día en que RMHP reciba su apelación, RMHP le escribirá para decirle que recibimos su apelación. En esa carta, RMHP le dirá cómo puede obtener una copia del expediente de RMHP sobre su apelación.

RMHP también le dará la oportunidad de darnos más información sobre su apelación que le gustaría que tuviéramos. Puede enviarnos más información por correo postal o fax a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Appeals and Grievances Unit
PO. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Fax: Fax estándar 1-801-994-1082 o
fax urgente 1-801-994-1261

El coordinador de apelaciones y reclamos recibirá todos los datos sobre su caso. En el plazo de 10 días hábiles después de que recibamos su apelación, le enviaremos nuestra decisión por escrito. Después de esta revisión, RMHP puede decidir cambiar su decisión.

Es posible que no le guste la decisión que tome RMHP sobre su apelación. En ese caso, tiene derecho a solicitar una revisión del estado sobre su apelación. Puede solicitar la revisión del estado después de que RMHP tome la decisión de continuar rechazando su solicitud. También puede solicitar una revisión del estado si RMHP no toma una decisión o no le envía una decisión por escrito en el plazo de 10 días hábiles. Debe solicitar la revisión del estado en el plazo de 120 días calendario contados a partir de la fecha de la decisión final de RMHP.

Revisión acelerada (rápida)

Puede solicitar una apelación acelerada o rápida. Las apelaciones rápidas se utilizan cuando la decisión de RMHP lo pone en peligro. Puede solicitar una apelación rápida si tiene una discapacidad. Tenemos solo 72 horas para resolver la apelación rápida, por lo que usted tiene poco tiempo para obtener una copia del expediente que RMHP tiene sobre su apelación. También tendrá menos tiempo para brindarle a RMHP más información sobre su apelación.

Sección B: Presentar un reclamo

Es posible que tenga un problema o esté insatisfecho con RMHP por algo que no sea una decisión adversa (consulte la **Sección A**). Para quejarse sobre algo que no sea una decisión adversa, puede “presentar un reclamo”. Esto significa que envía su queja a alguien que pueda ayudarlo. Llámenos si desea presentar una queja. Podemos ayudarlo a presentar un reclamo.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Un reclamo es una declaración verbal o escrita que dice que usted no está conforme. No perderá su cobertura de CHP+ de Colorado debido a su queja. Se le tratará igual que a cualquier otro miembro. Estas son algunas cosas sobre las que puede quejarse:

- No está conforme con su médico, clínica o con cualquier proveedor de RMHP.
- No puede encontrar un médico ni acudir a ver a su médico.
- Tiene un problema con Servicios para Miembros.
- No está satisfecho con cómo lo atendió su médico.
- Siente que RMHP o uno de nuestros proveedores lo ha tratado diferente. Esto podría deberse a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.
- No está satisfecho porque un proveedor o un empleado de RMHP fueron irrespetuosos con usted.
- No está de acuerdo con nuestra decisión de extender el tiempo para tomar una decisión sobre su apelación

Cómo se manejan los reclamos

Usted o su DCR pueden completar el formulario de queja que se encuentra en este manual y enviarlo por correo postal a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Appeals and Grievances Unit
PO. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

o bien, nosotros lo completaremos por usted. Llámenos si necesita ayuda. Puede llamar o escribir para presentar su reclamo en cualquier momento. En dos días hábiles, RMHP le informará por escrito que hemos recibido su reclamo. RMHP revisará su reclamo y le enviará una respuesta en el plazo de 15 días hábiles contados a partir del día en que recibamos su reclamo. RMHP puede responder a su reclamo antes de dos días hábiles. Si lo hacemos, no recibirá otra carta en la que se le indique que recibimos su reclamo.

Si no le gusta nuestra respuesta, puede ponerse en contacto con:

Department of Health Care Policy and Financing
Attn: CHP+ Program Manager
1570 Grant Street
Denver, CO 80203

Si su queja se refiere a la cancelación de la inscripción, debe ponerse en contacto con:

CHP+ Plan Disenrollment Grievance
Attn: CHP+ Program Manager
1570 Grant Street
Denver, CO 80203

108 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

También puede llamar al 303-866-4623 o enviar un mensaje de correo electrónico a HCPF.MCOS@state.co.us. El Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica le informará que recibieron su solicitud. Analizarán su queja y le enviarán una respuesta.

Sección C: Revisión del estado

Una revisión del estado es una oportunidad para que un miembro de CHP+ de Colorado defienda un caso ante un juez porque se debería haber aprobado un servicio denegado, o porque se debería haber pagado una reclamación denegada. Debe esperar la respuesta a una apelación de RMHP antes de solicitar una revisión del estado.

Para solicitar una revisión del estado, debe hacer lo siguiente:

- Escriba una solicitud para una audiencia en el plazo de 120 días calendario contados a partir de la fecha de nuestra decisión sobre su apelación (consulte **Revisión de primer nivel, Sección A**).
- Incluya su nombre, dirección y número de identificación de CHP+ del estado en su solicitud de audiencia.
- Escriba lo que RMHP hizo o no hizo que le ha causado un problema con su atención.
- Escriba qué cree que se debe hacer para resolver su problema. Puede enviar su solicitud por fax al 303-866-5909 o por correo postal a:

Office of Administrative Courts
1525 Sherman Street, 4th Floor
Denver, CO 80203

Si necesita ayuda, Servicios para Miembros o la Oficina de Tribunales Administrativos (Office of Administrative Courts) lo ayudarán a redactar su solicitud de audiencia. Para obtener ayuda con la solicitud de una revisión del estado, llame al 303-866-2000.

Marque 711 para que el servicio de retransmisión de Colorado se comunique con la Oficina de Tribunales Administrativos si usted es sordo, tiene problemas de audición o tiene una discapacidad del habla.

Su proveedor puede solicitar una revisión del estado en su nombre. Su proveedor debe tener su permiso por escrito para presentar la solicitud por usted.

Para obtener ayuda de RMHP por escrito y enviar una solicitud de revisión del estado, puede llamar a:

- Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**.
- Si es sordo, tiene problemas de audición o tiene una discapacidad del habla, llame al 711 para comunicarse con el servicio de retransmisión de Colorado o use la función de chat en vivo en uhccp.com/CO o en myuhc.com/communityplan.
- Para asistencia en español, llame al **1-877-668-5947**.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Sus derechos durante una revisión del estado

- Usted tiene ciertos derechos en virtud de las normas de Colorado que rigen la revisión del estado:
- Tiene derecho a representarse a sí mismo en la revisión del estado.
- Tiene derecho a elegir a una persona para que sea su representante en la revisión del estado.
- Tiene derecho a presentar información o evidencia al juez administrativo durante la revisión del estado.
- Tiene derecho a leer o examinar todos los documentos de RMHP relacionados con la apelación antes y durante la revisión del estado.

Sección D: Inquietudes sobre la calidad de la atención

RMHP desea escucharlo si tiene inquietudes sobre su atención médica. RMHP está aquí para ayudar.

Tiene derecho a presentar una queja o un reclamo. Estos son algunos ejemplos:

- Los servicios no cumplen con la calidad de atención que usted espera.
- El servicio no se cubrió y usted cree que la decisión fue incorrecta.
- Un proveedor de atención médica o un integrante del personal no actuaron de manera profesional.
- No puede recibir atención cuando la necesita.
- Otras inquietudes sobre sus beneficios.

Si tiene inquietudes sobre los servicios de atención de la salud que recibió, RMHP las llama inquietudes sobre la calidad de la atención (Quality of Care Concerns, QoCC). Calidad de la atención significa que los servicios de atención de la salud que recibió cumplen con los estándares médicos y es probable que mejoren su salud. Si tiene inquietudes sobre la calidad de la atención que recibió, envíe una queja o un reclamo con la mayor cantidad de detalles posible. RMHP revisa todas las QoCC que se plantean y se asegura de que se escuche su voz.

Para presentar una queja o un reclamo, llame al **1-877-668-5947** o envíe su queja o reclamo a través del formulario en línea del sitio web seguro para miembros en myuhc.com/communityplan.

Glosario

En esta sección, se definen las palabras y los términos que se utilizan en este Manual del miembro de CHP+. Debe consultar esta sección para saber exactamente cómo se utiliza una palabra o un término a los fines de este manual.

Abuso de sustancias: el consumo de alcohol u otras sustancias que provoca efectos negativos en la salud física o mental de una persona.

Administración de la atención: forma en que RMHP ayuda a los miembros que tienen enfermedades o lesiones graves. La administración de la atención se utiliza cuando las enfermedades o lesiones son complejas y se torna útil la coordinación individualizada de la atención. A veces, la administración de la atención también se denomina administración de casos.

Administración de la utilización: evaluación de la pertinencia, necesidad médica y eficiencia de los servicios, procedimientos y centros de atención de la salud de acuerdo con los criterios o lineamientos establecidos y en virtud de las disposiciones de los beneficios de este plan.

Administrador de atención/administrador de casos: profesional (por ejemplo, personal de enfermería, un médico o un trabajador social) que trabaja con los miembros, los proveedores y con RMHP para coordinar los servicios que se consideran médicamente necesarios para el miembro.

Afección de salud mental: afecciones mentales no biológicas que tienen un diagnóstico psiquiátrico o que requieren tratamiento psicoterapéutico específico, independientemente de la afección subyacente (por ejemplo, depresión secundaria a diabetes o depresión primaria). RMHP define las afecciones de salud mental en función de las directrices de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

Agencia de atención médica a domicilio: agencia que el Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado certifica que cumple con las disposiciones del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social federal, con sus reformas, para agencias de atención médica a domicilio. Una agencia de atención médica a domicilio coordina y presta principalmente servicios de enfermería en el hogar.

Alcoholismo y abuso de sustancias: afecciones definidas por el consumo que continúa a pesar de los problemas laborales, sociales o físicos. Abuso significa un consumo inusualmente excesivo de alcohol u otras sustancias. Estas afecciones también pueden reconocerse por síntomas de abstinencia graves si se interrumpe el consumo de alcohol u otras sustancias.

Almohadilla Cryo/Cuff: almohadilla especialmente diseñada que tiene una bomba. La bomba hace circular el líquido a través de la almohadilla. El líquido proporciona terapia continua de frío o calor a una zona específica.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a 111 Servicios para Miembros al 1-877-668-5947, TTY 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Ambulancia: un vehículo especialmente diseñado y equipado que se utiliza solo para transportar a enfermos y heridos. Debe contar con el equipamiento de seguridad y salvamento habitual, como suministros de primeros auxilios y equipos de oxígeno. El vehículo debe ser manejado por personal capacitado y debe estar habilitado como ambulancia.

Anomalía congénita: afección que se identifica al nacer, como una fractura de brazo.

Aparato ortopédico: soporte rígido o semirrígido que se utiliza para eliminar, restringir o soportar el movimiento en una parte del cuerpo enferma, lesionada, débil o malformada.

Apelación: revisión por parte de RMHP de una decisión adversa, generalmente con respecto a una reclamación o solicitud de autorización previa del miembro.

Área de servicio de RMHP: el área geográfica donde está disponible la inscripción en CHP+ de RMHP.

Asistente quirúrgico: asistente del cirujano principal que proporciona los servicios quirúrgicos necesarios durante un procedimiento quirúrgico cubierto. RMHP, a su entera discreción, determina qué cirugías requieren o no un asistente quirúrgico.

Atención alternativa/complementaria: prácticas terapéuticas de curación o tratamiento de enfermedades que, actualmente, no se consideran parte integral de la práctica médica convencional. Las terapias se consideran complementarias cuando se utilizan además de los tratamientos convencionales, y alternativas cuando se utilizan en lugar de los tratamientos convencionales. La medicina alternativa incluye, entre otras cosas, medicamentos orientales, como los chinos o ayurvédicos, tratamientos a base de hierbas, terapia con vitaminas, medicina homeopática, naturopatía, curación por la fe y otros remedios no tradicionales para tratar enfermedades o afecciones.

Atención ambulatoria en el hospital: es cuando la atención se brinda en un hospital sin estadía durante la noche.

Atención de rutina: servicios para afecciones que no requieren atención inmediata y que generalmente pueden recibirse en el consultorio del PCP, o servicios que generalmente se prestan periódicamente dentro de un período de tiempo específico (por ejemplo, vacunas y exámenes físicos).

Atención de urgencia: atención proporcionada a personas que requieren atención médica inmediata pero cuya afección no es potencialmente mortal (no es de emergencia).

Atención fuera del horario de atención: servicios del consultorio solicitados después del horario habitual o publicado del proveedor o servicios solicitados los fines de semana y días festivos.

Atención médica: servicios de atención de la salud quirúrgicos prestados para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, lesiones y otras afecciones generales.

Atención médica ambulatoria: servicios no quirúrgicos prestados en el consultorio de un proveedor, el departamento ambulatorio de un hospital u otro centro, o en el hogar del paciente.

112 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Atención médica subaguda: atención médica que requiere menos atención que un hospital, pero a menudo más atención que un centro de enfermería especializada. La atención médica subaguda puede adoptar la forma de atención de transición cuando la afección de un paciente está mejorando, pero el paciente no está listo para un centro de enfermería especializada ni para atención médica domiciliaria.

Atención preventiva: atención integral que enfatiza la prevención, la detección temprana y el tratamiento temprano de las afecciones mediante exámenes físicos de rutina, vacunas y educación sobre la salud.

Autorización: aprobación de beneficios para un procedimiento o servicio cubierto. Consulte también **Preautorización**.

Autorización previa: proceso durante el cual se revisan las solicitudes de procedimientos, servicios o ciertos medicamentos recetados antes de ser prestados o entregados, para determinar la aprobación de los beneficios, la duración de la estadía, el lugar adecuado y la necesidad médica. En el caso de los medicamentos recetados, el comité de farmacia y terapéutica de RMHP designado define los medicamentos y los criterios de cobertura, incluida la necesidad de autorización previa para ciertos medicamentos.

Año calendario: período de un año que comienza el 1 de enero y finaliza el 31 de diciembre.

Beneficio máximo: no existe un beneficio máximo de por vida en virtud del programa CHP+ de RMHP; sin embargo, ciertos servicios cubiertos tienen límites de beneficios máximos por ingreso, por año calendario, por diagnóstico o conforme se defina específicamente en este Manual del miembro de CHP+.

Cargos facturados: el monto en dólares que un proveedor factura por servicios o suministros antes de cualquier descuento o ajuste aplicable del proveedor de la red.

Centro de cuidados agudos a largo plazo: institución que proporciona una variedad de servicios cruciales a largo plazo a pacientes con enfermedades o lesiones graves. Se proporcionan cuidados agudos a largo plazo para pacientes con necesidades médicas complejas. Estos incluyen pacientes con afecciones pulmonares de alto riesgo que tienen necesidades de uso de respirador o traqueotomía o que están médicamente inestables, pacientes con necesidades de curación de heridas importantes o necesidades de curación de heridas postoperatorias y pacientes con lesiones cerradas en la cabeza de bajo nivel. Los centros de cuidados agudos a largo plazo no proporcionan cuidados para las necesidades de los pacientes de baja intensidad.

Centro de cuidados para enfermos terminales: centro autorizado por el Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado para brindar cuidados para enfermos terminales en Colorado. Un centro de cuidados para enfermos terminales es un programa administrado centralmente de cuidados paliativos (atención que controla el dolor y alivia los síntomas), servicios de apoyo y servicios de un equipo interdisciplinarios que proporcionan atención física, psicológica, espiritual y sociológica para personas con enfermedades terminales y sus familias, dentro de un continuo de atención hospitalaria, atención médica domiciliaria y servicios de seguimiento por duelo disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a 113 Servicios para Miembros al 1-877-668-5947, TTY 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Centro de enfermería especializada: institución que proporciona atención de enfermería especializada (por ejemplo, terapias y supervisión) para pacientes con afecciones no controladas, inestables o crónicas. La atención de enfermería especializada se proporciona bajo supervisión médica para llevar a cabo el tratamiento no quirúrgico de enfermedades crónicas o etapas convalecientes de enfermedades o lesiones agudas. Los centros de enfermería especializada no proporcionan atención a pacientes con necesidades médicas de alta intensidad ni a pacientes que están médicamente inestables.

Centro de tratamiento de abuso de sustancias: centro de desintoxicación o rehabilitación habilitado por el estado para tratar el alcoholismo o el abuso de drogas.

Cirugía: cualquier variedad de procedimientos técnicos para el tratamiento o diagnóstico de enfermedades o lesiones anatómicas, incluidos, entre otros, incisiones, microcirugía (uso de endoscopios), procedimientos con láser, injertos, suturas, yesos, tratamiento de fracturas y dislocaciones, destrucción eléctrica, química o médica de tejido, exploraciones endoscópicas, procedimientos epidurales anestésicos y otros procedimientos invasivos. Los servicios quirúrgicos cubiertos también incluyen la anestesia habitual y relacionada, y la atención preoperatoria y posoperatoria, incluida la colocación de un yeso nuevo.

Cirugía de mama reconstructiva: procedimiento quirúrgico realizado después de una mastectomía en una o ambas mamas para restablecer la simetría entre las dos mamas. El término incluye, entre otras cosas, mamoplastia de aumento, mamoplastia de reducción o mastoplastia.

Cirugía electiva: procedimiento que no se realiza debido a una emergencia y que puede retrasarse razonablemente. Las cirugías de ese tipo también pueden considerarse médicamente necesarias.

Cirugía reconstructiva: cirugía que restaura o mejora la función corporal al nivel existente antes del evento que dio lugar a la cirugía o, en el caso de un defecto congénito, a un nivel que se considera normal. La cirugía reconstructiva puede tener un efecto cosmético coincidente.

Consulta: visita entre un proveedor y un paciente para determinar qué exámenes o procedimientos médicos, si los hubiera, son apropiados y necesarios.

Copago: monto en dólares que usted paga para recibir un servicio, suministro o medicamento recetado específico. Un copago es una cantidad fija predeterminada que se paga en el momento en que se presta el servicio. El monto del copago figura en la tarjeta de identificación de cada miembro.

Costo compartido: término general utilizado para los gastos de bolsillo que paga el miembro. Un copago es un tipo de costo compartido.

Crioterapia: aplicación de frío para disminuir la inflamación, el dolor o los espasmos musculares.

Cuidado asistencial: cuidados que se proporcionan principalmente para satisfacer las necesidades personales del paciente. Esto incluye ayuda para caminar, bañarse o vestirse. También incluye, entre otras cosas, preparar alimentos o dietas especiales, dar de comer, administrar medicamentos que normalmente se autoadministran o cualquier otra atención que no requiera servicios continuos de personal médico especializado.

114 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Cuidados agudos: cuidados que se proporcionan en un consultorio, en un entorno de atención de urgencia, en una sala de emergencias o en un hospital por una enfermedad, un accidente o una lesión. Los cuidados agudos pueden ser de emergencia, de urgencia o no urgentes, pero no son principalmente de naturaleza preventiva.

Cuidados paliativos: cuidados que controlan el dolor y alivian los síntomas, pero que no curan.

Cuidados para enfermos terminales: forma alternativa de cuidar a las personas que tienen enfermedades terminales, que pone énfasis en los cuidados paliativos. Los cuidados para enfermos terminales se centran en el paciente/la familia como unidad de atención. Se ofrecen servicios de apoyo a la familia antes y después del fallecimiento del paciente. Los cuidados para enfermos terminales abordan las necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales del paciente y de su familia.

Decisión adversa: incluye cualquiera de las siguientes decisiones: Denegar o limitar un servicio solicitado, incluidas las determinaciones en función del tipo o nivel de servicio, los requisitos de necesidad médica, la pertinencia, el entorno o la efectividad de un beneficio cubierto.

- La reducción, suspensión o terminación de un servicio autorizado previamente
- La denegación, total o parcial, del pago de un servicio.
- No proporcionar los servicios de manera oportuna (conforme lo determine el estado).
- El hecho de que RMHP no actúe dentro de los plazos requeridos para la resolución estándar de reclamos y apelaciones.
- En el caso de un residente de un área rural con un solo plan de salud, la denegación de la solicitud del afiliado para ejercer su derecho de obtener servicios fuera de la red.
- El rechazo de la solicitud de un afiliado de disputar una responsabilidad financiera, incluidos costos compartidos, copagos, primas, deducibles, coseguro y otras responsabilidades financieras del afiliado.

Defecto congénito: afección o anomalía existente en el nacimiento o que se remonta a la fecha de nacimiento, como paladar hendido o pie zambo. Los trastornos de crecimiento y desarrollo que aparecen con el tiempo no se consideran congénitos.

Dependencia de sustancias químicas: dependencia del alcohol u otras sustancias; por ejemplo, drogas. Consulte también **Abuso de sustancias**.

Desintoxicación: tratamiento agudo para la abstinencia de los efectos físicos del alcohol u otra sustancia.

Dispositivo anticonceptivo implantable: dispositivo insertado debajo de la piel que evita el embarazo.

DIU: dispositivo intrauterino; dispositivo anticonceptivo que se inserta en el útero para evitar el embarazo.

Diálisis: el tratamiento de una enfermedad renal aguda o crónica. Durante la diálisis, se eliminan las impurezas del cuerpo con equipos de diálisis.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a 115 Servicios para Miembros al 1-877-668-5947, TTY 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Dolor crónico: dolor continuo que dura más de seis meses y que se debe a causas que no ponen en riesgo la vida, y que no ha respondido a los métodos de tratamiento disponibles actualmente. El dolor crónico puede continuar durante el resto de la vida de una persona.

Dolor intratable: estado de dolor en el que no se puede eliminar la causa del dolor y en el que, en el curso de la práctica médica generalmente aceptada, no es posible aliviar o curar la causa del dolor, o no se ha encontrado ninguna causa después de esfuerzos razonables, incluida, entre otras cosas, la evaluación por parte del proveedor a cargo y uno o más proveedores especializados en el tratamiento de la zona, el sistema o el órgano del cuerpo que se percibe como la fuente del dolor.

Ecografía: técnica de obtención de imágenes radiológicas que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para obtener una imagen visual de los órganos internos del cuerpo o del feto en una mujer embarazada. Las ecografías están cubiertas, tal como se describe en este manual. Se cubren dos ecografías prenatales (durante el embarazo). Después de la segunda ecografía, se requiere autorización previa. Esto nos da la oportunidad de revisar el caso para determinar si el embarazo es de alto riesgo.

Emergencia o afección médica de emergencia: la aparición repentina y, en ese momento, inesperada de una afección médica que requiere atención médica inmediata, cuando la falta de atención médica provocaría un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo, o pondría en grave peligro la salud de la persona.

Equipo médico duradero (DME): cualquier equipo que pueda soportar el uso repetido, esté hecho para atender una afección médica, sea inútil para una persona que no está enferma o lesionada y sea adecuado para su uso en el hogar.

Especialista: profesional, generalmente un proveedor, dedicado a una enfermedad, afección o parte del cuerpo específica (por ejemplo, un ortopedista es alguien que se especializa en el tratamiento de huesos y músculos).

Evaluación/asesoramiento nutricional: terapia nutricional médica proporcionada por un profesional de la nutrición calificado, como un nutricionista, sin formación en nutrición pediátrica. Los servicios prestados por un nutricionista pueden requerir autorización previa de RMHP. La terapia nutricional médica incluye evaluación nutricional, apoyo y asesoramiento para determinar un plan de tratamiento para aumentar la ingesta nutricional para promover el crecimiento adecuado, la curación y la mejora de la salud.

Explicación de beneficios: también conocida como EOB (Explanation of benefits). La EOB es un formulario impreso que envía una compañía de seguros a los miembros después de que se haya presentado una reclamación y se haya tomado una decisión sobre la reclamación. La EOB incluye información, como la fecha del servicio, el nombre del proveedor, el monto cubierto y el saldo del paciente.

Farmacia: establecimiento habilitado para dispensar medicamentos con receta y otros medicamentos a través de un farmacéutico con licencia, con la orden de un profesional de atención médica autorizado. Una farmacia puede ser proveedor de RMHP dentro de la red o fuera de la red. Una farmacia de la red se encuentra contratada por RMHP para proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros en virtud de los términos y condiciones de este Manual del miembro de CHP+. Una farmacia fuera de la red no tiene contrato con RMHP.

Fecha de entrada en vigencia: la fecha en que comienza la cobertura de CHP+ con RMHP.

Fisioterapia: el uso de agentes físicos para tratar una discapacidad resultante de una enfermedad o lesión. Los agentes físicos utilizados incluyen calor, frío, corrientes eléctricas, ultrasonido, radiación ultravioleta, masajes y ejercicios terapéuticos. Un proveedor o fisioterapeuta deben brindar la fisioterapia.

Fármacos y medicamentos recetados:

- **Medicamento recetado de marca:** la versión inicial de un medicamento desarrollado por un fabricante farmacéutico o una versión comercializada bajo el propio nombre comercial o la propia marca registrada de un fabricante farmacéutico. Al fabricante original se le concede una patente exclusiva para fabricar y comercializar un nuevo medicamento durante un determinado número de años. Una vez que la patente vence y se cumplen los requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), cualquier fabricante puede producir el medicamento y venderlo bajo su propio nombre comercial o con el nombre químico (genérico) del medicamento.
- **Lista del formulario:** lista de productos farmacéuticos desarrollada en consulta con proveedores y farmacias y aprobada por su calidad y rentabilidad.
- **Medicamento recetado genérico:** medicamentos que la FDA determina que son bioequivalentes a los medicamentos de marca y que no se fabrican ni comercializan bajo un nombre comercial o una marca registrada. Los ingredientes activos de un medicamento genérico son los mismos que los de un medicamento de marca.

Los medicamentos genéricos deben cumplir las mismas especificaciones de la FDA que los medicamentos de marca con respecto a seguridad, pureza y potencia, y deben dispensarse en la misma forma farmacéutica (comprimido, cápsula, crema) que el medicamento de marca equivalente. En promedio, los medicamentos genéricos cuestan aproximadamente la mitad que los medicamentos de marca equivalentes.

- **Medicamentos bajo advertencia federal:** fármaco, dispensado para uso ambulatorio, que en virtud de la Ley de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos federal debe llevar en su etiqueta original la siguiente leyenda: “Precaución: Las leyes federales prohíben la dispensación sin receta”. Los medicamentos compuestos que contienen al menos uno de dichos fármacos se consideran medicamentos bajo advertencia federal de venta con receta. La insulina se considera un medicamento bajo advertencia federal de venta con receta en virtud de este Manual del Miembro de CHP+.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Fórmulas: las fórmulas autorizadas para trastornos metabólicos, nutrición parenteral total, nutrición enteral y productos nutricionales, y las fórmulas para sondas de gastrostomía están cubiertas para necesidades médicas documentadas, incluido el logro de un crecimiento y desarrollo normales.

Gastos de habitación: gastos que incluyen el costo de la habitación, los servicios de enfermería general y los servicios de comidas para el paciente.

Hemodiálisis: tratamiento de una enfermedad renal aguda o crónica durante la cual se eliminan las impurezas de la sangre con equipos de diálisis.

Hospital: institución sanitaria que ofrece instalaciones, camas y servicios continuos las 24 horas del día y que cumple con todos los requisitos de habilitación y certificación de las agencias reguladoras locales y estatales.

Hospitalización: aquellos servicios cubiertos médicamente necesarios para pacientes que generalmente prestan los hospitales generales de cuidados agudos. Los servicios del hospital también incluyen los servicios prestados en la sala de emergencias o en el departamento ambulatorio del hospital. Excepto en caso de emergencia médica o derivación por escrito, los servicios del hospital son servicios cubiertos solo cuando los prestan proveedores participantes.

Ingreso: el período de tiempo entre la fecha en que un paciente ingresa en un centro como paciente hospitalizado y la fecha en que recibe el alta hospitalaria.

Iniciativa de vida saludable: proyectos para promover estilos de vida más saludables y ayudar a nuestros miembros a evitar enfermedades evitables.

Lesiones accidentales: lesiones internas o externas accidentales. Algunos ejemplos de lesiones accidentales incluyen esguinces, mordeduras de animales, quemaduras, contusiones y abrasiones (cortes) que provocan traumatismos en el cuerpo. Las lesiones accidentales no son lo mismo que las afecciones relacionadas con la enfermedad (estar enfermo) y no incluyen enfermedades ni infecciones.

Lista del formulario: lista de medicamentos recetados aprobados para su uso por RMHP para los miembros de CHP+. Esta lista está sujeta a revisión periódica y modificación.

Manual del miembro de CHP+: este documento explica los beneficios, las limitaciones, las exclusiones y los términos y condiciones de la cobertura de salud de un miembro de CHP+. Este documento también sirve como contrato entre RMHP y sus miembros.

Medicamento genérico: el equivalente químico de un medicamento recetado de marca. Por ley, los medicamentos genéricos y de marca deben cumplir los mismos estándares de seguridad, pureza, concentración y calidad.

Medicina holística: diversas técnicas preventivas y curativas basadas en la influencia del entorno externo y las diversas formas en que los diferentes tejidos del cuerpo se afectan entre sí, junto con los poderes curativos naturales del cuerpo.

118 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Mejoría médica máxima: determinación, a criterio exclusivo de RMHP, de que no se puede esperar razonablemente que la continuación de la atención médica mejore de forma medible la afección de un paciente. La mejoría médica máxima se determinará sin tener en cuenta si es necesario continuar la atención para evitar el deterioro de la afección o para mantener la vida.

Miembro: persona que está inscrita en la cobertura de CHP+ con RMHP como su plan de salud CHP+.

Mioterapia: diagnóstico físico, tratamiento y manejo del dolor de afecciones que causan dolor en músculos y huesos.

Máximo anual de gastos de bolsillo: el monto (costo compartido) total del que un miembro puede ser responsable durante un período específico según se describe en el Manual del miembro de CHP+. El máximo anual de gastos de bolsillo está destinado a proteger a los miembros contra gastos de atención de la salud por enfermedades catastróficas. Para cada año de beneficios del miembro, después de alcanzar el máximo anual de gastos de bolsillo, para la mayoría de los servicios, el pago será del 100% del cargo permitido durante el resto de ese año de beneficios.

Medicamento necesario: intervención que se proporciona o se proporcionará para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de una afección, enfermedad o lesión y que RMHP determina, a su exclusivo criterio, que:

- es medicamento apropiada y compatible con los síntomas y el diagnóstico o tratamiento adecuado de la afección, enfermedad o lesión;
- se obtiene de un proveedor con licencia, certificado o registrado;
- se proporciona de acuerdo con los estándares médicos o profesionales aplicables;
- se sabe que es eficaz, tal como lo demuestra la evidencia científica, para mejorar sustancialmente los resultados de salud;
- representa el suministro, el entorno o el nivel de servicio más adecuado que se puede proporcionar de forma segura al paciente y que no se puede omitir, y concuerda con los estándares de atención profesionales reconocidos (lo que, en el caso de una hospitalización, también significa que no se podría obtener una atención segura y adecuada como paciente ambulatorio);
- es económica en comparación con intervenciones alternativas, incluida la ausencia de intervención (que sea económica no significa que el costo sea el más bajo);
- no es experimental ni está en investigación;
- no se realiza principalmente para la comodidad del paciente, la familia del paciente o del proveedor;
- no está sujeta a una exclusión en virtud de este Manual del miembro de CHP+.
- El hecho de que un proveedor indique, ordene, recomiende o apruebe un tipo de atención, tratamiento, servicio o suministro no lo hace médicamente necesario.

Médico: doctor en Medicina u Osteopatía con licencia para ejercer la medicina en virtud de las leyes del estado o la jurisdicción donde se prestan los servicios.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a 119 Servicios para Miembros al 1-877-668-5947, TTY 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Nefritis: infección por inflamación del riñón.

Nefrosis: afección en la que hay cambios degenerativos en los riñones, sin inflamación.

Órtesis: soporte para articulaciones o músculos débiles.

Paraprofesional: colega capacitado que ayuda a un profesional, como un técnico de radiología.

Plan: plan individual o grupal que cubre o paga el costo de la atención médica.

Planificación del alta hospitalaria: evaluación de las necesidades médicas de un paciente y coordinación de la atención adecuada después del alta de un centro.

Procedimientos o servicios experimentales o en investigación:

- a. Cualquier fármaco/medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro utilizado o directamente relacionado con el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de una enfermedad, una lesión u otra afección médica que RMHP determine, a su entera discreción, que es experimental o está en investigación. RMHP considerará que cualquier fármaco/medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro es experimental o está en investigación si determina que se aplican uno o más de los siguientes criterios cuando se presta el servicio con respecto al uso para el que se solicitan beneficios.
 - El fármaco/medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro se proporciona de conformidad con documentos de consentimiento informado que describen el fármaco/medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro como experimental o en investigación, o indican de otro modo que la seguridad, toxicidad o eficacia del fármaco/medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro está en evaluación.
- b. RMHP podrá considerar experimental o en investigación cualquier servicio que no se considere experimental o en investigación en función de los criterios de la subsección (a). Para determinar si un servicio es experimental o está en investigación, RMHP tendrá en cuenta la información descrita en la subsección (c) y evaluará todo lo siguiente:
 - Si la evidencia científica es concluyente en relación con el efecto del servicio sobre los resultados para la salud.
 - Si la evidencia demuestra que el servicio mejora los resultados de salud netos de la población total para la que se podría proponer el servicio como alternativa establecida.
 - Si la evidencia demuestra que el servicio mejora los resultados de salud netos de la población total para la que se podría proponer el servicio en las condiciones habituales de la práctica médica fuera de los entornos de investigación clínica.

- c. La información que RMHP considera o evalúa para determinar si un fármaco/medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro es experimental o está en investigación en virtud de las subsecciones (a) y (b) puede incluir uno o más elementos de la siguiente lista, que no es exhaustiva:
- Ensayos clínicos aleatorizados y controlados publicados en una revista médica o científica acreditada y con revisión externa por expertos de los Estados Unidos.
 - Evaluaciones de asociaciones médicas nacionales, paneles de consenso y otros organismos de evaluación tecnológica.
 - Documentos emitidos por la FDA o presentados ante la FDA u otra agencia federal, estatal o local con autoridad para aprobar, regular o investigar el uso del fármaco/medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro.
 - Documentos de una Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) u otro organismo similar que cumpla sustancialmente la misma función.
 - Documentos de consentimiento utilizados por los proveedores responsables del tratamiento, otros profesionales o centros médicos, o por otros proveedores responsables del tratamiento, otros profesionales o centros médicos que estudian sustancialmente el mismo fármaco/medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro.
 - Los protocolos escritos utilizados por los proveedores responsables del tratamiento, otros profesionales o centros médicos, o por otros proveedores responsables del tratamiento, otros profesionales o centros médicos que estudian sustancialmente el mismo fármaco/medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro.
 - Las opiniones de los proveedores a quienes se consultó y otros expertos en el campo.
- d. RMHP tiene la autoridad y facultad exclusiva para identificar y sopesar toda la información y responder todas las preguntas relativas a si un fármaco/medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro es experimental o está en investigación.

Proveedor: persona o centro reconocido por RMHP como proveedor de atención médica y que se ajusta a una o más de las siguientes descripciones:

- **Proveedor profesional:** proveedor habilitado o autorizado de otro modo por el estado o la jurisdicción donde se prestan los servicios para prestar servicios de atención de la salud designados. Para que se paguen los beneficios, los servicios del proveedor deben estar dentro del alcance de la autoridad otorgada por la licencia y deben estar cubiertos por este manual. Dichos servicios están sujetos a revisión por parte de una autoridad médica designada por RMHP. Otros proveedores profesionales incluyen, entre otros, personal de enfermería obstétrica, dentistas, optometristas y enfermeros anestesiistas certificados registrados. Los

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a 121 Servicios para Miembros al 1-877-668-5947, TTY 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

servicios de dicho proveedor deben estar entre los cubiertos por este manual y están sujetos a revisión por parte de una autoridad médica designada por RMHP.

- **Centro proveedor:** centros hospitalarios y ambulatorios proveedores, según se define a continuación:
 - Un **centro hospitalario proveedor** es un hospital, centro de tratamiento de abuso de sustancias, centro residencial, centro de cuidados para enfermos terminales, centro de enfermería especializada u otro centro que RMHP reconoce como proveedor de atención médica. Estos centros proveedores pueden denominarse, en conjunto, centro proveedor o, por separado, centro de tratamiento de abuso de sustancias proveedor.
 - Un **centro ambulatorio proveedor** es un centro de diálisis, una agencia de atención médica a domicilio u otro centro proveedor, como un centro de cirugía ambulatoria (pero no un hospital, centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de cuidados para enfermos terminales, centro de enfermería especializada o centro de tratamiento residencial) reconocido por RMHP y habilitado o certificado para prestar servicios de atención de la salud designados por el estado o la jurisdicción donde se prestan los servicios. Los servicios de dicho proveedor deben estar entre los cubiertos por este certificado y están sujetos a revisión por parte de una autoridad médica designada por RMHP.

Proveedor de atención primaria, médico de cabecera o PCP: el proveedor debidamente autorizado y acreditado que ha contratado RMHP para supervisar, coordinar y proporcionar atención inicial y básica a los miembros, derivar pacientes a otros proveedores, incluidos especialistas, y mantener la continuidad de la atención del paciente.

Proveedor de la red o proveedor participante: proveedor contratado por RMHP para prestar servicios médicos a los miembros de CHP+.

Proveedor fuera de la red o proveedor no participante: proveedor de atención médica debidamente autorizado que no tiene contrato con RMHP. Es posible que los servicios prestados por un proveedor fuera de la red no estén cubiertos, a menos que se obtenga autorización previa. Un miembro puede ser financieramente responsable de los servicios prestados por un proveedor fuera de la red, a menos que se indique lo contrario en este Manual del miembro de CHP+, o que los servicios sean aprobados (autorizados) por RMHP.

Proveedor participante de RMHP: también conocido como proveedor de la red. Es un proveedor de atención médica profesional o un centro (por ejemplo, un proveedor, un hospital o un agencia de atención médica a domicilio) que tiene un contrato con RMHP para prestar servicios a miembros de RMHP. Los proveedores de la red aceptan facturar directamente al plan de salud los servicios prestados y aceptar el monto del pago (establecido de acuerdo con las disposiciones del contrato) y el copago del miembro como pago total por los servicios cubiertos. RMHP paga directamente al proveedor de la red. RMHP puede añadir, cambiar o eliminar proveedores específicos a su discreción o recomendar un proveedor específico para atención especializada, conforme sea médicamente necesario para el miembro.

Prótesis: dispositivo que reemplaza total o parcialmente una parte faltante del cuerpo.

Queja: expresión de insatisfacción con RMHP o con las prácticas de un proveedor de la red, sean de naturaleza médica o no médica. Esto a veces también se denomina reclamo.

Queratocono: protuberancia cónica de la córnea.

Quimioterapia: terapia farmacológica administrada como tratamiento para afecciones malignas y enfermedades de ciertos sistemas corporales.

Radioterapia: rayos X, radón, cobalto, betatrón, telocobalto, isótopo radiactivo y tratamientos similares para enfermedades malignas y otras afecciones médicas.

Reclamo: expresión oral o escrita de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una decisión adversa. Los reclamos pueden referirse a la calidad de la atención o de los servicios prestados o a las prácticas de un proveedor de la red, sean de naturaleza médica o no médica. Un reclamo también incluye el derecho de los miembros a disputar una extensión de tiempo propuesta por RMHP para tomar una decisión de autorización. A veces, un reclamo también se denomina queja.

Rehabilitación médica para pacientes hospitalizados: atención que incluye un mínimo de tres horas de terapia, por ejemplo, terapia del habla, terapia respiratoria, terapia ocupacional o fisioterapia, y a menudo terapia durante el fin de semana. Por lo general, la rehabilitación médica para pacientes hospitalizados se proporciona en una sección de rehabilitación de un hospital o en un centro independiente. Algunos centros de enfermería especializada tienen camas de rehabilitación.

Rehabilitación subaguda: atención que incluye un mínimo de una hora de terapia cuando un paciente no tolera o no necesita tres horas de terapia por día. La rehabilitación subaguda generalmente se proporciona en un centro de enfermería especializada.

Residente: persona que mantiene su domicilio legal dentro del estado de Colorado y que, a los efectos de este acuerdo, se supone que tiene su residencial principal en el estado, lo cual debe acreditarse a través de tres de los siguientes medios:

- Pago del impuesto a las ganancias de Colorado.
- Empleo en Colorado, distinto al que normalmente se proporciona de forma temporal a los estudiantes.
- Propiedad o inmueble residencial en Colorado.
- Documento de identidad o licencia de conducir del estado.
- Aceptación de empleo futuro en el estado de Colorado.
- Vehículo registrado en Colorado.
- Registro de votante en Colorado.
- Factura telefónica o factura de servicios públicos de Colorado.

Revisión de la utilización: conjunto de técnicas formales que utilizan criterios estandarizados destinadas a monitorear el uso o evaluar la necesidad clínica, la pertinencia, la eficacia o la eficiencia de los servicios, procedimientos o centros de atención de la salud. Las técnicas incluyen revisión

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a 123 Servicios para Miembros al 1-877-668-5947, TTY 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

ambulatoria, revisión prospectiva, segunda opinión, certificación, revisión concurrente, administración de la atención, planificación del alta hospitalaria o revisión retrospectiva. La revisión de la utilización también incluye la revisión para determinar la cobertura. Esto se basa en si un procedimiento o tratamiento se considera experimental/en investigación en una circunstancia determinada (excepto si está específicamente excluido en virtud de este Manual del miembro de CHP+) y en la revisión de las circunstancias médicas del miembro, cuando dicha revisión es necesaria para determinar si se aplica una exclusión en una situación determinada.

Segunda opinión: visita a otro proveedor profesional (después de una primera visita con un proveedor profesional diferente) para revisar la opinión del primer proveedor sobre la cirugía o el tratamiento que se propone.

Servicios complementarios: servicios y suministros (además de los gastos de habitación) que facturan los hospitales y otros centros. Estos servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Uso de quirófano, sala de recuperación, sala de emergencias, salas de tratamiento y equipos relacionados; unidades de cuidados intensivos y coronarios.
- Fármacos/medicamentos y medicinas, productos biológicos (medicamentos fabricados a partir de organismos vivos y sus productos) y productos farmacéuticos.
- Suministros médicos (vendajes y suministros, bandejas estériles, yesos y férulas utilizadas en lugar de un yeso).
- Equipo médico duradero de propiedad del establecimiento y utilizado durante un ingreso cubierto.
- Servicios diagnósticos y terapéuticos.
- Procesamiento y transporte de sangre, costos de manipulación de sangre y administración.
- Anestesia: hay dos tipos diferentes de anestesia:
 - La anestesia general, también conocida como anestesia corporal total, hace que el paciente se quede inconsciente o se duerma durante un período de tiempo.
 - La anestesia local o regional causa pérdida de la sensibilidad o entumecimiento en una zona específica sin causar pérdida de la conciencia y, por lo general, se inyecta junto con un anestésico local, como lidocaína. La anestesia debe ser administrada por un proveedor o un enfermero anestesista certificado (certified registered nurse anesthetist, CRNA).

Servicios cosméticos: servicios o cirugías realizados en una característica física para mejorar el aspecto de una persona.

Servicios cubiertos: servicios, suministros o tratamientos que:

- son médicamente necesarios o están incluidos específicamente como beneficio en virtud de este Manual del miembro de CHP+;
- están dentro del alcance de la licencia del proveedor que presta el servicio;
- se prestan mientras está vigente la cobertura en virtud de este Manual del miembro de CHP+;

124 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

- no son experimentales ni están en investigación ni excluidos o limitados de otro modo por el Manual del miembro de CHP+, ni por ninguna modificación del manual o del anexo que acompaña al manual;
- son autorizados por adelantado por RMHP si se requiere autorización previa.

Servicios de acupuntura: tratamiento de una enfermedad o afección mediante la inserción de agujas especiales a lo largo de vías nerviosas específicas con fines terapéuticos. La colocación de las agujas varía según la enfermedad o afección que se esté tratando.

Servicios de atención médica domiciliaria: esto también se denomina atención médica domiciliaria. Se trata de servicios de enfermería profesional, servicios de auxiliares de enfermería certificados, suministros médicos, equipos y aparatos aptos para su uso en el hogar, y servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y audiología prestados por una agencia de atención médica a domicilio certificada a miembros elegibles, que tienen un plan de atención, en su lugar de residencia.

Servicios de audiología: pruebas para trastornos auditivos mediante la identificación y la evaluación de la pérdida de audición.

Servicios de diagnóstico: pruebas o servicios indicados por un proveedor para determinar la causa de una enfermedad.

Servicios de emergencia: servicios hospitalarios y ambulatorios cubiertos que son prestados por un proveedor calificado para prestar esos servicios bajo el término “servicios de emergencia” y que son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Servicios de enfermería privada: servicios que requieren la capacitación, el juicio y las habilidades técnicas de personal de enfermería registrado (RN) o personal de enfermería con licencia (LPN) que ejerce activamente. Dichos servicios deben ser indicados por el proveedor responsable para el tratamiento médico continuo de la afección.

Servicios de laboratorio y patología: procedimientos de prueba necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una afección. Por lo general, estos servicios implican el análisis de una muestra de tejido u otro material que se ha extraído del cuerpo.

Servicios de maternidad: servicios requeridos por una paciente para el diagnóstico y la atención de un embarazo, las complicaciones del embarazo y para el parto. Los servicios de parto incluyen:

- Parto vaginal normal.
- Parto por cesárea.
- Interrupción espontánea del embarazo antes de llegar a término.
- Interrupción terapéutica o voluntaria del embarazo, siempre que la interrupción voluntaria sea para salvar la vida de la madre o si el embarazo es el resultado de un acto de violación o incesto.

Servicios dentales: servicios prestados para el tratamiento de afecciones relacionadas con los dientes o las estructuras que los sostienen.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a 125 Servicios para Miembros al 1-877-668-5947, TTY 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Manual del miembro de CHP+ de RMHP

Servicios de rayos X y radiología: servicios que incluyen el uso de equipos de radiología, medicina nuclear y ecografía para obtener una imagen visual de los órganos y las estructuras internas del cuerpo, y la interpretación de estas imágenes.

Servicios de salud reproductiva: los servicios incluyen pruebas de papanicolaou, exámenes pélvicos y mamarios, pruebas y tratamiento de ETS/VIH, educación sobre salud, asesoramiento y una variedad de opciones anticonceptivas, incluida la abstinencia (planificación familiar).

Servicios fuera del área: servicios cubiertos prestados a un miembro de CHP+ de RMHP cuando se encuentra fuera del área de servicio.

Servicios médicos: servicios prestados por una persona autorizada en virtud de la ley estatal para ejercer la medicina o la osteopatía.

Servicios quiroprácticos: sistema de terapia en el que la enfermedad se considera el resultado de una función anormal del sistema nervioso. Este método de tratamiento suele implicar la manipulación de la columna vertebral y el ajuste específico de las estructuras corporales.

Servicios y dispositivos de habilitación: aquellos servicios que ayudarán a la persona a retener, aprender o mejorar habilidades y funciones para la vida diaria.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: son servicios que ayudarán a restaurar la capacidad funcional que se ha perdido debido a una lesión o enfermedad.

Sobrepeso/obesidad: peso para la altura por encima del percentil 95 o índice de masa corporal (IMC) por encima del percentil 95. La obesidad en los niños tiene consecuencias a largo plazo que se convierten en problemas de salud importantes más adelante en la vida. Los planes de tratamiento son programas pediátricos estándar de control del peso bajo la supervisión médica de profesionales médicos, rara vez mediante intervenciones quirúrgicas o farmacológicas debido a los efectos secundarios a largo plazo de estos tratamientos.

Suministros médicos: artículos (excepto medicamentos recetados) necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión.

Tarjeta de identificación: la tarjeta que RMHP entrega a los miembros con información, como el nombre del miembro, el número de identificación y el nivel de copago. Esto también se conoce como tarjeta de identificación de miembro de CHP+ de RMHP.

Terapia del habla (también llamada patología del habla): servicios utilizados para el diagnóstico y tratamiento de trastornos del habla y del lenguaje. Un patólogo del habla/lenguaje autorizado y acreditado debe brindar la terapia del habla.

Terapia ocupacional: el uso de técnicas de educación y rehabilitación para mejorar la capacidad funcional del paciente de vivir de forma independiente. La terapia ocupacional requiere que un terapeuta ocupacional debidamente acreditado o un asistente de terapia ocupacional certificado realicen dicha terapia.

126 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

TMO: significa terapia de manipulación osteopática, una modalidad práctica de evaluación, diagnóstico y tratamiento que utiliza la palpación de los tejidos del cuerpo y del sistema musculoesquelético con una variedad de técnicas terapéuticas que involucran la fascia, los músculos y las articulaciones para ayudar a resolver lesiones musculoesqueléticas agudas y crónicas.

Transporte de emergencia: consulte la definición de **Ambulancia**.

Trasplante de órganos: proceso quirúrgico que implica la extirpación de un órgano de una persona y la colocación del órgano en otra persona. Un trasplante también puede implicar la extracción de sustancias corporales, como células madre o médula ósea, con fines de tratamiento, y la reimplantación del órgano o tejido extirpado en la misma persona. Los beneficios de trasplante de órganos proporcionados a los miembros del programa CHP+ de Colorado pueden estar sujetos a un beneficio máximo de por vida.

Unidades de cuidados especiales: áreas especiales de un hospital con personal altamente calificado y equipos especiales para proporcionar cuidados agudos, con tratamiento y observación constantes.

Visita de control de salud infantil: visita al proveedor que incluye los siguientes componentes: un examen físico adecuado para la edad, antecedentes, orientación previsor y educación (por ejemplo, examen del funcionamiento y la dinámica de la familia, asesoramiento para la prevención de lesiones, análisis de problemas de alimentación, revisión de comportamientos apropiados para la edad, etc.) y evaluación del crecimiento y el desarrollo. En el caso de los niños mayores, una visita de control de salud infantil también incluye educación en salud y seguridad.

Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2022

Por ley¹, debemos proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartirla con otras personas o entidades.
- Qué derechos tiene sobre ella.

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con los siguientes:

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud para ciertos propósitos.

Esto es necesario para su tratamiento, para el pago de su atención y para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos usar o compartir su información de salud de la siguiente forma:

- **Para recibir un pago.** Podemos recopilar, usar o compartir su información de salud para procesar pagos de primas y reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para tratamiento o administración de la atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud con sus Proveedores para ayudar con su atención.
- **Para operaciones de atención de la salud.** Podemos recomendar un programa de bienestar o manejo de enfermedades. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para proveerle información acerca de programas o productos relacionados con la salud.** Podemos proveerle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Podemos proporcionar información acerca de inscripciones, desafiliaciones y un resumen de su información de salud a su empleador. Podemos proporcionarle otra información de salud si el empleador limita su uso de forma adecuada.

128 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

- **Para propósitos de suscripción.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información de salud genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios para la salud.
- **Para comunicaciones con usted.** Podemos usar el número de teléfono o el correo electrónico que nos proporcionó para comunicarnos con usted sobre sus beneficios, atención de la salud o pagos.

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

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas que participan en su atención.** Puede ser un miembro de la familia en una emergencia. Esto podría suceder si usted no puede aceptar u objetar la atención. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información de salud como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para actividades de salud pública.** Esto podría realizarse para evitar el brote de enfermedades.
- **Para reportar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información de salud. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia autorizada por ley a recibir la información de salud. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para hacer cumplir la ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una emergencia o un desastre natural.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para indemnización de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar enfermedades o incapacidades.
- **Para proporcionar información acerca de defunciones.** Puede ser para el médico forense o el inspector médico. Para identificar a un difunto, determinar la causa de defunción, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información de salud a los directivos de las funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionarles atención de la salud; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para Nuestros Socios Comerciales** en caso de que sea necesario para que le brinden sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información de salud. No se les permite usar la información de salud, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a 129 Servicios para Miembros al 1-877-668-5947, TTY 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información de salud que se enumera a continuación. Cumpliremos leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Abuso de alcohol y sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso o abandono de niños o adultos, incluido el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Medicamentos recetados
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

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

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información para operaciones de tratamiento, pago o atención de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Pedir comunicaciones de información confidencial** de una forma diferente o a un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla de correo (P.O. Box), en lugar de a su casa. Aceptaremos su solicitud si la divulgación de la información podría ponerlo en peligro. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerlo por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación.
- **Ver u obtener una copia** de cierta información de salud. Deberá presentar la solicitud por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. Puede pedir que se envíe su registro a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si cree que la información de salud sobre usted es errónea o está incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá presentar la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que se solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información de salud.

130 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

- **Recibir un resumen** de la divulgación de su información de salud durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá ninguna información de salud compartida por los siguientes motivos: (i) para tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com).
- **Solicitar que corrijamos o modifiquemos** su información de salud. Según dónde viva, también puede solicitarnos que eliminemos su información de salud. Si no podemos hacerlo, se lo informaremos. Si no podemos hacerlo, puede escribirnos e indicar por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo usar sus derechos

- **Para Comunicarse con su Plan de Salud. Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.** O puede comunicarse con el Centro de Atención de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY/RTT **711**.
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo postal a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300, P.O. Box 1459
Minneapolis MN 55440
- **Para presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una Queja a la dirección mencionada anteriormente.

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

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

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Aviso de Privacidad de la Información Financiera

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2022

Protegemos² su “información financiera personal” (personal financial information, “FI”). La información financiera personal no es información de salud. Lo identifica y no está generalmente disponible al público.

Información que recopilamos

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

Divulgación de la información financiera personal

Solo compartiremos información financiera personal según lo permita la ley.

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

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

Confidencialidad y seguridad

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

Preguntas sobre este aviso

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

² Para los propósitos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie de la página 1, desde la última página de Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: AmeriChoice Corporation.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Genoa Healthcare, LLC; Golden Outlook, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Management, LLC; Life Print Health, Inc.; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Global Solutions (India) Private Limited; Optum Health Care Solutions, Inc.; OptumHealth Holdings, LLC; Optum Labs, LLC; Optum Networks of New Jersey, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, Inc.; Sanvello Health, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; y USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solo tiene vigencia donde se exige por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros de atención de la salud en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros Planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Esta lista de Planes de salud está completa a partir de la fecha de entrada en vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los Planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

Aviso de Derechos Civiles

La discriminación es ilegal. Rocky Mountain Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, género, identidad o expresión de género ni orientación sexual.

Rocky Mountain Health Plans proporciona ayuda y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:

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

Rocky Mountain Health Plans ofrece servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio al Cliente al **1-877-668-5947** (TTY/TDD **711**).

Si considera que Rocky Mountain Health Plans no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, género, identidad o expresión de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante:

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

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

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

Por correo postal:

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

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

Los formularios de reclamos están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

CSCO23HM0085171_000

134 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

1-877-668-5947, TTY 711

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the toll free number above.

Español: ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia de idiomas están disponibles para usted sin cargo. Llame al número de teléfono gratuito que se indica arriba.

Tiếng Việt: LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Gọi số điện thoại miễn phí ở trên.

中文: 注意: 如果您說中文, 您可獲得免費語言協助服務。撥打上方免費電話。

한국어: 참고: 한국어를 구사하시는 경우, 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 상기 수신자 부담 전화번호로 전화하십시오.

Русский: ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться помощью переводчика. Позвоните по указанному выше бесплатному номеру.

አማርኛ:- ትኩረት:- አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች፣ በነጻ ክፍያ፣ ለእርስዎ ይገኛሉ። ከላይ ባለው ከክፍያ ነጻ ቁጥር ይደውሉ።

العربية: تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجانًا. اتصل بالرقم المجاني أعلاه.

Deutsch: HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Rufen Sie die oben aufgeführte kostenfreie Nummer an.

Français : ATTENTION : si vous parlez français, vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuite. Composez le numéro gratuit ci-dessus.

नेपाली: ध्यान दिनुहोस: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंका लागि भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क उपलब्ध छन्। माथिको टोल

Tagalog: PANSININ: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang libreng mga serbisyong pantulong sa wika. Tawagan nang libre ang numero sa itaas.

日本語: 注意: 日本語をお話しになる場合は、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。上記のフリーダイヤル番号までお電話ください。

Afaan Oromoo: XIYYEEFFANNOO: Afaan Oromoo dubbattu yoo ta'e, tajaajilli gargaarsa afaanii, kaffaltii malee isiniif ni argama. Lakkoobsa waamicha bilisaa armaan olii irratti bilbilaa.

فارسی: توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات ترجمه زبان به صورت رایگان به شما ارائه خواهد شد. با شماره رایگان بالا تماس بگیرید.

Polski: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, dostępne są bezpłatne usługi wsparcia językowego. Zadzwoń pod darmowy numer podany powyżej.

¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a 135 Servicios para Miembros al 1-877-668-5947, TTY 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.



Estamos aquí para usted

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947** (línea gratuita), TTY **711**. También puede visitar nuestro sitio web en uhccp.com/CO o el sitio web seguro para miembros en myuhc.com/communityplan.

UnitedHealthcare Community Plan
Rocky Mountain Health Plans
2775 Crossroads Boulevard
Grand Junction, CO 81506

uhccp.com/CO o sitio web seguro para miembros en myuhc.com/communityplan

1-877-668-5947 (línea gratuita), TTY **711**
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

United
Healthcare
Community Plan



136 ¿Tiene alguna pregunta? Visite uhccp.com/CO, envíenos un mensaje a través de MyUHC o llame a Servicios para Miembros al **1-877-668-5947**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

[Índice](#)

