



Le damos la bienvenida a la comunidad

Programa Check Up y Medicaid de Nevada

Octubre de 2023

Health Plan of Nevada no trata a los miembros de manera diferente debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad. Brindamos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o en letra grande. Or, you can ask for an interpreter. Para solicitar ayuda, llame al número gratuito **1-800-962-8074**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del Pacífico, de lunes a viernes.

Si piensa que no le han tratado en forma justa debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad, puede enviar una queja a la siguiente dirección:

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

Si necesita ayuda con su queja, llame al número gratuito **1-800-962-8074**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del Pacífico, de lunes a viernes.

Debe enviar la queja en un plazo de 60 días desde el evento. Se le enviará una decisión dentro de un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días para pedirnos que analicemos la situación nuevamente.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

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

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

Teléfono: Línea gratuita 1-800-368-1019, **1-800-537-7697** (TDD)

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

Inglés

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-962-8074 (TTY: 711).

Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-962-8074 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog)

May karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa sinasalita mong wika nang libre. Upang humiling ng interpreter, tawagan ang toll-free na numero ng telepono para sa miyembro na nakalista sa iyong ID card sa planong pangkalusugan o sa mga dokumento ng plano.

繁體中文 (Chinese)

您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥打您健保計劃會員卡或計劃文件上的免付費會員電話號碼。

한국어 (Korean)

귀하는 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사를 요청하기 위해서는 귀하의 플랜 ID카드 혹은 플랜 문서에 기재된 무료 회원 전화번호로 전화하십시오.

Tiếng Việt (Vietnamese)

Quý vị có quyền được giúp đỡ và cấp thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Để yêu cầu được thông dịch viên giúp đỡ, vui lòng gọi số điện thoại miễn phí dành cho hội viên được nêu trên thẻ ID hoặc trên các tài liệu chương trình bảo hiểm y tế của quý vị.

አማርኛ (Amharic)

በምትፈልጉት ቋንቋ እርዳታና መረጃ የማግኘት መብት አለዎት። አስተርጓሚ የመጠየቅ፣ በጤና ካርድዎ ወይም የጤና ሰነድዎ የተዘረዘረውን የማያስከፍል ቴሌፎን ይደውሉ። ሎዩዌንት ካሉዎት፣ እስከዎ ያስታውቁኝ። አመሰግናለሁ!

ภาษาไทย (Thai)

คุณมีสิทธิขอความช่วยเหลือหรือขอข้อมูลในภาษาของคุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เมื่อต้องการล่าม กรุณาโทรฟรีมาที่หมายเลขโทรศัพท์สำหรับสมาชิกที่อยู่บนบัตรแผนสุขภาพหรือเอกสารแผนสุขภาพของคุณ

日本語 (Japanese)

ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入力したりすることができます。料金はかかりません。通訳をご希望の場合は、医療プランのIDカードまたはプランの資料に記載されているメンバー用のフリーダイヤルまでお電話ください

العربية (Arabic)

لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك وبدون تكلفة. لطلب مترجم، اتصل بالرقم المجاني المدرج على بطاقة عضويتك في البرنامج الصحي أو وثائق البرنامج.

Русский (Russian)

Вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Чтобы подать запрос переводчика позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты или документах о вашем плане.

Français (French)

Vous avez le droit d'obtenir gratuitement de l'aide et des renseignements dans votre langue. Pour demander à parler à un interprète, appelez le numéro de téléphone sans frais figurant sur votre carte d'affilié du régime de soins de santé ou dans la documentation relative à votre régime.

فارسی (Persian)

شما از این حق برخوردار هستید تا راهنمایی و اطلاعات را به زبان خودتان به صورت رایگان دریافت کنید. برای درخواست مترجم شفاهی، با شماره تلفن رایگان موجود در کارت شناسایی طرح سلامت یا اسناد مربوط به طرحتان تماس بگیرید.

Gagana fa'a S moa (Samoan)

E iai lau aia tatau e maua ai faamatalaga i lau gagana e aunoa ma se totogi. Ina ia talosaga mo se tasi e faaliliu, telefoni mai le numera o le telefoni e le tologia o lisi atu i lau pepa ID o le peleni tausoufua maloloina poo pepa mo le peleni.

Deutsch (German)

Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um einen Dolmetscher anzufordern, rufen Sie die gebührenfreie Nummer auf Ihrer Krankenversicherungskarte oder in den Versicherungspapieren.

Ilokano (Ilocano)

Addaan ka ti karbengan a maala iti daytoy nga tulong ken impormasion para ti lenguahem nga awan ti bayadna. Tapno agkiddaw iti maysa nga tagapataros, awagan iti toll-free nga numero ti telepono para kadagiti kameng nga nakalista ayan iti ID card mo para ti plano iti salun-at mo wenno ayan dagiti dokumento ti planom.

Este documento está disponible en otros formatos, como en letra grande. Para solicitar el documento en otro formato, llame al **1-800-962-8074**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes.

Bienvenido

Le damos la bienvenida a Health Plan of Nevada

Health Plan of Nevada es el plan de salud más grande y experimentado de Nevada. Tómese unos minutos para revisar este Manual para miembros. Estamos listos para responder cualquier pregunta que pueda tener. Puede encontrar respuestas a la mayoría de las preguntas en MyHPNMedicaid.com. O puede comunicarse con Servicio al Cliente llamando al **1-800-962-8074**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes.

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

Nuestras oficinas están ubicadas en la siguiente dirección:

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

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

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

Health Plan of Nevada
A UnitedHealthcare Company 

¿Tiene alguna pregunta? Visite MyHPNMedicaid.com 5
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Índice

Cómo empezar

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

- 1. Llame a su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) y programe un chequeo.**
Los controles habituales son importantes para una buena salud. El número de teléfono de su proveedor de atención primaria debe figurar en la carta de asignación que recibió recientemente por correo. El proveedor de atención primaria que aparece en esta carta no es el único proveedor que usted puede visitar. Puede recibir atención de cualquier proveedor participante. Si no conoce el número de su proveedor de atención primaria o si desea ayuda para programar un control, llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**. O bien, pase por nuestras oficinas para obtener servicios presenciales de conserjería o personalizados. Estamos aquí para ayudarle.
- 2. Realice la encuesta de salud.** Es una forma rápida y sencilla de obtener un panorama general de su salud y estilo de vida actual. Nos ayuda a conectarle con los beneficios y servicios disponibles para usted. Visite MyHPNMedicaid.com para completar la encuesta de salud hoy mismo. También le llamaremos para darle la bienvenida a Health Plan of Nevada. Durante esa llamada, podemos explicarle los beneficios de su plan de salud. También podemos ayudarle a completar la encuesta de salud por teléfono. Consulte la página 15.
- 3. Conozca su plan de salud.** Comience con la sección Aspectos destacados del plan de salud en la página 11 para obtener una descripción general rápida de su nuevo plan. Asegúrese de tener este folleto a mano para consultarlo en el futuro.

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

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

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

- 6 ¿Tiene alguna pregunta?** Visite MyHPNMedicaid.com o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Su opinión nos importa

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

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

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

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

Nos complace tenerle como miembro. Health Plan of Nevada es el plan de salud más grande y experimentado de Nevada. Usted ha hecho la opción adecuada para usted y su familia.

Health Plan of Nevada le brinda acceso a muchos proveedores de atención médica (médicos, personal de enfermería, hospitales y farmacias), por lo tanto, usted tiene acceso a todos los servicios de salud que necesite. Cubrimos servicios de atención preventiva, controles y tratamiento. Nos dedicamos a mejorar su salud y su bienestar.

Recuerde que las respuestas a cualquier pregunta que tenga están a solo un clic de distancia en MyHPNMedicaid.com. O puede comunicarse con Servicio al Cliente llamando al **1-800-962-8074**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes.

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

Nuestras oficinas están ubicadas en la siguiente dirección:

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

Health Plan of Nevada
A UnitedHealthcare Company 

¿Tiene alguna pregunta? Visite MyHPNMedicaid.com
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Índice

Aspectos destacados del plan de salud	<u>11</u>
Tarjetas de identificación del plan de salud	<u>11</u>
Tarjeta de identificación de Medicaid del estado de Nevada	<u>12</u>
Descubra su plan en línea	<u>13</u>
Resumen de beneficios	<u>14</u>
Su encuesta de salud	<u>15</u>
Apoyo al miembro	<u>16</u>
Transición desde otro plan de salud	<u>18</u>
Puede comenzar a usar su beneficio de farmacia de inmediato	<u>18</u>
Visitas al médico	<u>20</u>
Su proveedor de atención primaria (PCP)	<u>20</u>
Controles anuales	<u>22</u>
Cómo programar una cita con su proveedor de atención primaria	<u>25</u>
Cómo prepararse para su cita con el proveedor de atención primaria	<u>25</u>
Personal de enfermería de asesoramiento telefónico: su recurso de información de salud las 24 horas	<u>26</u>
Referidos y especialistas	<u>26</u>
Defensor de miembros	<u>27</u>
Cómo obtener una segunda opinión	<u>27</u>
Autorizaciones previas	<u>28</u>
Continuidad de la atención si su proveedor de atención primaria abandona la red	<u>28</u>
Servicios de salud conductual	<u>29</u>
Visitas virtuales	<u>31</u>
Visita a domicilio de atención de urgencia	<u>32</u>
Servicios de transporte (que no sean de emergencia)	<u>32</u>
Transporte de emergencia	<u>32</u>

8 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite [MyHPNMedicaid.com](https://www.myhpnmedicaid.com)
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Hospitales y emergencias	<u>33</u>
Atención de emergencia	<u>33</u>
Servicios de atención posteriores a la estabilización	<u>33</u>
Atención de urgencia	<u>34</u>
Servicios hospitalarios	<u>34</u>
No hay cobertura médica fuera de los Estados Unidos	<u>35</u>
Servicios de atención de la salud fuera del área	<u>35</u>
Farmacia	<u>36</u>
Medicamentos recetados	<u>36</u>
Medicamentos de venta libre (OTC)	<u>37</u>
Medicamentos inyectables	<u>37</u>
Farmacia principal	<u>38</u>
Beneficios	<u>39</u>
Beneficios cubiertos por Health Plan of Nevada	<u>39</u>
Nota especial sobre los servicios de planificación familiar	<u>55</u>
Nota especial sobre los beneficios para la salud mental y el abuso de sustancias	<u>55</u>
Beneficios adicionales especiales para los miembros de Health Plan of Nevada	<u>56</u>
Servicios y atención durante el embarazo	<u>58</u>
Administración de la atención	<u>61</u>
Servicios que recibe directamente a través de Medicaid de Nevada	<u>62</u>
Otros detalles del plan	<u>63</u>
Cómo encontrar un proveedor de la red	<u>63</u>
Directorio de proveedores	<u>63</u>
Recuperación del patrimonio de Medicaid	<u>63</u>
Si recibe una factura por servicios	<u>64</u>
Otro seguro de salud (Coordinación de beneficios o COB)	<u>64</u>
Cómo actualizar su información	<u>65</u>

Consentimiento informado	<u>66</u>
Privacidad de los registros	<u>66</u>
Cómo pagamos a nuestros proveedores	<u>66</u>
Gestión de la utilización	<u>66</u>
Programa de calidad	<u>67</u>
Seguridad del paciente y protección contra la discriminación	<u>67</u>
Guías sobre prácticas clínicas y nueva tecnología	<u>68</u>
Directrices anticipadas	<u>68</u>
Fraude, malgasto y abuso (FWA)	<u>70</u>
Qué hacer si tiene una apelación o una queja formal	<u>70</u>
Apelaciones	<u>71</u>
Formulario de apelaciones	<u>73</u>
Formulario de designación de representante autorizado	<u>75</u>
Audiencia Imparcial estatal	<u>77</u>
Continuación del servicio	<u>78</u>
Quejas formales	<u>79</u>
Derechos y responsabilidades de los miembros	<u>80</u>
¿Cómo solicito la cancelación de la afiliación en mi plan?	<u>82</u>
Si ya no es miembro de Medicaid	<u>83</u>
Cuándo debe comunicarse con nosotros	<u>84</u>
Cuándo podríamos comunicarnos con usted	<u>85</u>
Términos de atención de la salud	<u>86</u>
Avisos del plan de salud sobre prácticas de privacidad	<u>89</u>

Aspectos destacados del plan de salud

Tarjetas de identificación del plan de salud

Recibirá una tarjeta de identificación del plan de salud de Health Plan of Nevada para cada uno de los miembros de su familia que reciban beneficios de Medicaid. Como miembro, debe hacer lo siguiente:

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

HEALTH PLAN OF NEVADA
A UnitedHealthcare Company

HEALTH PLAN OF NEVADA
MEDICAID

Health Plan (80840) 911-76342-01

Member ID: _____ Group Number: _____

Member: _____

Medicaid ID: _____ Payer ID 76342

Benefit Code: _____

OPTUMRX[®]

Rx BIN:
Rx GRP:
Rx PCN:

0511 Underwritten by Health Plan of Nevada, Inc.

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

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

Member Services:	1-800-962-8074
TTY/TDD:	711
24 Hour Advice Nurse:	1-800-288-2264
Behavioral Health/Substance Abuse:	1-800-873-2246
24 Hour Virtual Visits:	Download the NowClinic [®] app
Mobile Medical Center:	1-800-382-0870

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

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

HPN MEDICAID
PROVIDER NETWORK
Pharmacy Claims: OptumRx, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334

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

HEALTH PLAN OF NEVADA
A UnitedHealthcare Company

**Nevada
Check Up**

Health Plan (80840) 911-76342-01

Member ID: _____ Group Number: _____

Member: _____

Medicaid ID: _____ Payer ID 76342

Benefit Code: _____

OPTUMRX[®]

Rx BIN:
Rx GRP:
Rx PCN:

0511 Underwritten by Health Plan of Nevada, Inc.

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

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

Member Services:	1-800-962-8074
TTY/TDD:	711
24 Hour Advice Nurse:	1-800-288-2264
Behavioral Health/Substance Abuse:	1-800-873-2246
24 Hour Virtual Visits:	Download the NowClinic [®] app
Mobile Medical Center:	1-800-382-0870

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

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

HPN MEDICAID
PROVIDER NETWORK
Pharmacy Claims: OptumRx, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334

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

¿Perdió su tarjeta de identificación del plan de salud?

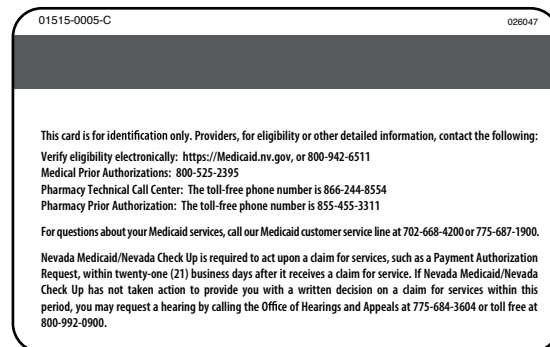
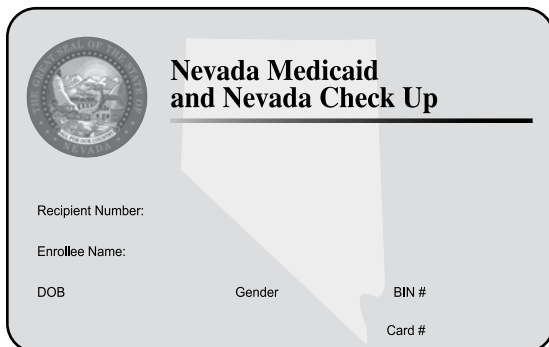
Si pierde su tarjeta de identificación, puede imprimir una nueva en [MyHPNMedicaid.com](https://myHPNMedicaid.com) o llamar al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY 711.

¿Tiene alguna pregunta? Visite [MyHPNMedicaid.com](https://myHPNMedicaid.com) 11
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY 711.

Aspectos destacados del plan de salud

Tarjeta de identificación de Medicaid del estado de Nevada

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



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

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

Muestre ambas tarjetas

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

Descubra su plan en línea

Administre su información de atención de la salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana en [MyHPNMedicaid.com](https://myhpnmedicaid.com)

Como miembro de Health Plan of Nevada, está a solo un clic de todo lo que necesita para hacerse cargo de sus beneficios para la salud al registrarse en [MyHPNMedicaid.com](https://myhpnmedicaid.com). Las herramientas y las nuevas características pueden ahorrarle tiempo y ayudarle a mantenerse saludable. El uso del sitio es gratuito.

Excelentes razones para usar [MyHPNMedicaid.com](https://myhpnmedicaid.com)

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

Regístrese en el Centro de miembros en línea en [MyHPNMedicaid.com](https://myhpnmedicaid.com) hoy mismo

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

- Suscribirse para recibir mensajes de texto y correos electrónicos sobre su plan
- Llevar un registro de sus antecedentes médicos
- Ver sus referidos y autorizaciones previas
- Ver historial de reclamaciones
- Revisar su explicación de beneficios, incluida cualquier denegación de pago a su médico

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

Aplicación móvil MyHPN

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

¿Tiene alguna pregunta? Visite [MyHPNMedicaid.com](https://myhpnmedicaid.com) 13
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Resumen de beneficios

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

Servicios de atención primaria

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

Servicios de Salud Conductual

Usted tiene cobertura para servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias. Esto incluye servicios hospitalarios y ambulatorios. No se requiere el referido de su proveedor de atención primaria para acceder a los servicios. Encuentre una lista completa de proveedores de salud conductual en MyHPNMedicaid.com o llame al 1-800-873-2246.

Amplia red de proveedores

Puede elegir cualquier médico de cabecera de nuestra amplia red de proveedores. Nuestra red también incluye especialistas, hospitales y farmacias, y le da gran cantidad de opciones para su atención de la salud. Encuentre una lista completa de proveedores de la red en MyHPNMedicaid.com o llame al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Personal de Enfermería de Asesoramiento Telefónico

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

Servicios de especialistas

Su cobertura incluye servicios de especialistas. Los especialistas son médicos o personal de enfermería altamente capacitados para tratar ciertas afecciones. Es posible que primero necesite un referido de su proveedor de atención primaria. Consulte la página 26.

Medicamentos

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

Servicios hospitalarios

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

Servicios de laboratorio

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

Visitas de bienestar del niño

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

Atención de maternidad y embarazo

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

Planificación familiar

Tiene cobertura para los servicios que le ayuden a gestionar el momento del embarazo. Estos incluyen productos y procedimientos anticonceptivos.

Atención ocular

Sus beneficios de la vista incluyen exámenes de la vista de rutina y anteojos. Consulte la página 46.

Su Encuesta de Salud

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

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

Aspectos destacados del plan de salud

Apoyo al miembro

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

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

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

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

Aplicación móvil MyHPN

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

El Servicio para Miembros está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Servicios para Miembros puede ayudarle con sus preguntas o inquietudes, entre lo que se incluye lo siguiente:

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

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

Nuestras oficinas están ubicadas en la siguiente dirección:

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

16 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite MyHPNMedicaid.com
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Programa de manejo de enfermedades

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

Hay servicios de transporte disponibles

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

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

Hablamos su mismo idioma

Si usted habla un idioma diferente al inglés, podemos brindarle materiales impresos traducidos. O bien, podemos proporcionarle un intérprete que pueda ayudarle a comprender estos materiales. Encontrará más información sobre los servicios de interpretación y asistencia de idiomas en la sección llamada Otros detalles del plan. También puede llamar al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

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

Emergencias

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

Otros números importantes

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

¿Tiene alguna pregunta? Visite MyHPNMedicaid.com 17
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Transición desde otro plan de salud

Cuando se inscriba en Health Plan of Nevada, asegúrese de verificar y ver si su médico actual forma parte de nuestra red. De lo contrario, es posible que pueda seguir consultando a su médico mientras elige uno nuevo. Si actualmente recibe atención, asegúrese de informarnos para que le ayudemos a realizar la transición a nuestro plan. Si está tomando medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan de salud, podemos aprobar su receta durante los primeros 60 días en nuestro plan. Asegúrese de hablar sobre cómo obtener una nueva receta de su médico. Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre el tratamiento durante los primeros 60 días, comuníquese con el Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Puede comenzar a usar su beneficio de farmacia de inmediato

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

1. ¿Sus medicamentos están incluidos en la Lista de medicamentos preferidos o el Vademécum?

Sí

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

No

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

No sabe

Consulte la Lista de medicamentos preferidos (PDL) o el Vademécum en línea en [MyHPNMedicaid.com](https://www.myhpnmedicaid.com). También puede comunicarse con el Servicio al Cliente. Estamos aquí para ayudarle.

18 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite [MyHPNMedicaid.com](https://www.myhpnmedicaid.com)
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

2. ¿Tiene una receta?

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

Información importante para el farmacéutico

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

BIN: 610494

Número de control del procesador: 4700

Grupo: SIE

Si recibe un mensaje de que la medicación del miembro necesita una autorización previa o no está en nuestro vademécum, llame a Servicios de Farmacia de HPN Medicaid al **1-800-443-8197**, opción n.º6.

Visitas al médico

Su médico de cabecera (PCP)

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

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

Tiene opciones

Puede elegir su médico de cabecera entre muchos tipos de proveedores de la red. Algunos tipos de médicos de cabecera incluyen lo siguiente:

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

Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP)

Si consultaba con un médico antes de ser miembro de Health Plan of Nevada, verifique si su médico pertenece a nuestra red. Si está buscando un nuevo proveedor de atención primaria, considere elegir uno que esté cerca de su hogar o trabajo. Esto puede hacer que sea más fácil llegar a las citas. También puede elegir un proveedor de atención primaria que se alinee con sus preferencias culturales, raciales o de género.

¿Qué es un proveedor de la red?

Los proveedores de la red han firmado un contrato con Health Plan of Nevada para brindarle atención a nuestros miembros. No necesita llamarnos antes de ver a uno de estos proveedores. Puede haber ocasiones en las que necesite obtener servicios fuera de nuestra red. Si un servicio cubierto y necesario no está disponible dentro de la red, estará cubierto fuera de la red y el costo para usted no será mayor que si se proporcionara dentro de la red. Si recibe servicios fuera de la red sin la autorización de Health Plan of Nevada, es posible que deba pagar por esos servicios. Llame al Servicio al Cliente para saber si están cubiertos en su totalidad. Es posible que usted tenga que pagar esos servicios.

Disponibilidad de servicios

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

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

Una vez que elija un proveedor de atención primaria, llame a Servicios para Miembros e infórmenos. Nos aseguraremos de que sus registros estén actualizados. Si no desea elegir un proveedor de atención primaria, Health Plan of Nevada puede elegir uno por usted, según su ubicación e idioma. También puede realizar este cambio en el Centro de miembros en línea en member.healthplanofnevada.com.

Cómo cambiar su proveedor de atención primaria

Es importante que su médico de cabecera le agrade y que confíe en él. Puede cambiar de proveedor de atención primaria cuando lo desee. Llame al Servicio al Cliente, ingrese en línea o pase por nuestras oficinas para que podamos ayudarle a realizar el cambio.

Su Directorio de Proveedores

Encuentre la información más actualizada sobre proveedores de la red en MyHPNMedicaid.com. Si el médico que le atiende actualmente está en la lista, puede seguir viéndole. Si desea obtener más información sobre cualquiera de los médicos de nuestra red o si necesita que le enviemos una copia impresa del Directorio de proveedores por correo, llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**.

Más información sobre los médicos de la red

Puede obtener información sobre los médicos de la red, como sus certificaciones de la junta, la facultad de medicina y los programas de residencia a los que asistieron, y los idiomas que hablan, en MyHPNMedicaid.com o llamando a Servicio al Cliente.

¿Tiene alguna pregunta? Visite MyHPNMedicaid.com 21
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Controles anuales

La importancia de su chequeo anual

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

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

Para mujeres

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

Para hombres

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

Visitas de bienestar del niño

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

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

Calendario de controles

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

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

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

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

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

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

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

Visitas al médico

Controles especiales para niños del programa de EPSDT

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

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

Es muy importante que lleve a sus hijos al médico cuando deban realizarse estas pruebas especiales. Health Plan of Nevada le informará cuándo sus hijos deben acudir para recibir estas pruebas de detección. Le enviaremos una postal por correo como recordatorio.

Programa Nevada Check Up

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

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

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

Cómo programar una cita con su proveedor de atención primaria

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

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

Cómo prepararse para su cita con el proveedor de atención primaria

Antes de la visita

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

Durante la visita

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

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

¿Tiene alguna pregunta? Visite MyHPNMedicaid.com 25
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Personal de Enfermería de Asesoramiento Telefónico: su recurso de información de salud las 24 horas

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

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

- Lesiones menores
- Enfermedades frecuentes
- Consejos de cuidado personal y opciones de tratamiento
- Diagnósticos recientes y afecciones crónicas
- Cómo optar por la atención médica adecuada
- Prevención de enfermedades
- Nutrición y actividad física
- Preguntas para hacerle a su proveedor
- Administración segura de medicamentos
- Salud de hombres, mujeres y niños

Quizás solo siente curiosidad por un problema de salud y quiera saber más. El personal de enfermería registrado con experiencia puede ofrecerle información, apoyo y educación para cualquier pregunta o inquietud relacionada con la salud.

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

Referidos y especialistas

Un referido es cuando su médico de cabecera le indica que usted necesita ir a otro médico que se especializa en la atención de ciertas partes del cuerpo o trata una afección específica. Este otro médico se denomina especialista. Es una buena idea consultar con su médico de cabecera antes de acudir a un especialista, ya que este profesional puede ayudar a coordinar sus necesidades médicas. Si su médico quiere que visite a un especialista que usted no desea ver, puede pedirle a su médico de cabecera que le dé el nombre de otro profesional. A continuación se describen algunos ejemplos de especialistas:

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

No necesita un referido de su proveedor de atención primaria para lo siguiente:

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

Defensor de Miembros

El Defensor de miembros es otra persona de Health Plan of Nevada que puede ayudarle. El Defensor de miembros puede hacer lo siguiente:

- Ayudarle a averiguar cómo funcionan las cosas en Health Plan of Nevada. Esto puede incluir cosas como presentar una queja formal, cambiar de coordinador de atención u obtener la atención que necesita.
- Referirle al personal adecuado de Health Plan of Nevada
- Ayudarle a resolver problemas relacionados con su atención

Para comunicarse con el Defensor de miembros de Health Plan of Nevada, llame a Health Plan of Nevada al **1-800-962-8074**, TTY **711**. Pida hablar con el Defensor de miembros.

Cómo obtener una segunda opinión

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

Autorizaciones previas

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

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

Es posible que se necesite una autorización previa

Estos son algunos de los servicios que necesitan autorización previa:

- Admisiones hospitalarias
- Determinados procedimientos de diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios, incluidos los procedimientos de diagnóstico por imágenes de tomografías por emisión de positrones (positron emission tomography, PET)
- Algunos servicios de Equipo Médico Duradero
- Algunos medicamentos recetados
- Cirugía de pérdida de peso

Continuidad de la atención si su proveedor de atención primaria abandona la red

A veces, los PCP abandonan la red. Si esto sucede con su proveedor de atención primaria, le enviaremos una carta para informarle. En ocasiones, Health Plan of Nevada pagará para que usted obtenga los servicios cubiertos de los médicos durante un breve período después de que estos se retiren de la red. Podría obtener continuidad de la atención y del tratamiento cuando su médico abandona la red si está recibiendo tratamiento activo por un problema médico grave. Por ejemplo, puede reunir los requisitos si recibe quimioterapia para el cáncer o si está embarazada de al menos seis meses cuando su médico abandona la red. Para solicitarlo, comuníquese con su médico. Pídale que le solicite autorización a Health Plan of Nevada para la continuidad de la atención y del tratamiento.

Servicios de Salud Conductual

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

Algunos de los servicios prestados incluyen los siguientes:

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

Apoyo al miembro

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

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

Su equipo de apoyo puede ayudarle con sus preguntas o inquietudes, entre lo que se incluye lo siguiente:

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

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

Cómo programar una cita con su proveedor de salud conductual

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

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

* No se requiere un referido del proveedor de atención primaria ni autorización previa para acceder a los servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias.

¿Tiene alguna pregunta? Visite [MyHPNMedicaid.com](https://www.myhpnmedicaid.com) 29
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Visitas al médico

Visitas virtuales de salud conductual

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

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

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

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

Autorizaciones previas

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

Estos son algunos de los servicios que necesitan autorización previa:

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

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

30 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite [MyHPNMedicaid.com](https://www.MyHPNMedicaid.com)
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Continuidad de la atención si su proveedor abandona la red

A veces, los proveedores se retiran de la red. Si esto sucede con su proveedor, le enviaremos una carta para informarle. En ocasiones, Health Plan of Nevada pagará para que usted obtenga los servicios cubiertos de los médicos durante un breve período después de que estos se retiren de la red. Podría obtener continuidad de la atención y del tratamiento cuando su médico abandona la red si está recibiendo tratamiento activo por un problema médico grave. Para solicitarlo, comuníquese con su proveedor. Pídale que solicite autorización para la continuidad de la atención y del tratamiento de su equipo de salud conductual.

Visitas virtuales

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

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

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

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

NowClinic puede ayudar con enfermedades comunes como las siguientes:

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

Para obtener asistencia adicional o si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**.

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

Visita a domicilio de atención de urgencia

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

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

Servicios de transporte (que no sean de emergencia)

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

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

Transporte de emergencia

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

Hospitales y emergencias

Atención de emergencia

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

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

¡No espere!

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

Health Plan of Nevada cubre cualquier atención de emergencia que necesite en los Estados Unidos y en sus territorios. Dentro de las 24 horas posteriores a su visita, llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**. Si es necesario, también debería llamar a su proveedor de atención primaria e informarle sobre su visita para que pueda brindarle atención de seguimiento.

¿Qué es una emergencia?

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

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

Servicios de atención posteriores a la estabilización

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

¿Tiene alguna pregunta? Visite [MyHPNMedicaid.com](https://www.myhpnmedicaid.com) 33
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Atención de Urgencia

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

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

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

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

Servicios hospitalarios

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

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

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

Los servicios para pacientes hospitalizados requieren que sea admitido en el hospital (lo que se denomina admisión hospitalaria). El hospital se pondrá en contacto con Health Plan of Nevada y pedirá autorización para su atención. Si el médico que le admite en el hospital no es su proveedor de atención primaria, debe llamar a su proveedor de atención primaria y comunicarle que será admitido en el hospital.

34 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite MyHPNMedicaid.com o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY 711.

Visitas al hospital

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

No hay cobertura médica fuera de los Estados Unidos

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

Servicios de atención de la salud fuera del área

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

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

Farmacia

Medicamentos con receta

Sus beneficios incluyen medicamentos recetados

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

Medicamentos genéricos y de marca

Health Plan of Nevada requiere que todos los miembros usen medicamentos genéricos. Los medicamentos genéricos tienen ingredientes similares a los medicamentos de marca; a menudo cuestan menos, pero funcionan igual.

En algunos casos, se cubre una cantidad limitado de medicamentos de marca. Estos se limitan a ciertas clases (o tipos) de medicamentos. Es posible que algunos de estos medicamentos requieran autorización previa de Health Plan of Nevada.

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

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

Si el medicamento que le receta su médico no está en la Lista de medicamentos preferidos, es posible que Health Plan of Nevada no lo pague o que el medicamento requiera aprobación previa. Si esto es así, su médico puede llamar a nuestro Departamento de Servicios de Farmacia al **1-800-443-8197**, opción n.º 6, o enviar un fax de autorización previa al 1-800-997-9672. Puede encontrar el formulario en MyHPNMedicaid.com.

Aprobaremos o denegaremos la solicitud dentro de las 24 horas. Si se aprueba la solicitud, se les informará a usted y a su proveedor de atención sobre la decisión por escrito, incluido el tiempo de aprobación del medicamento. Si se deniega la solicitud, se les informará a usted y a su proveedor de atención sobre la decisión por escrito. En el aviso de la decisión por escrito, se le indicará cómo y cuándo puede apelar esta decisión y cómo presentar una queja o una queja formal ante Health Plan of Nevada.

Cambios en la Lista de medicamentos preferidos o el Vademécum

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

Cómo surtir su receta

Como miembro de Health Plan of Nevada, puede surtir sus recetas en cualquier tienda **Walmart, Sav-On, Albertsons, Vons, Safeway, Smiths, CVS/Target o Walgreens**. Si necesita ayuda para buscar una farmacia, pregunte en el consultorio del médico o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**.

La entrega de medicamentos en el mismo día ya se encuentra disponible en el sur de Nevada. Health Plan of Nevada (HPN) y Walgreens ahora proporcionan entregas de medicamentos en el mismo día a los miembros del plan Medicaid de HPN a quienes se les recetó un medicamento durante una visita virtual de NowClinic. La entrega está disponible para los miembros de HPN en Las Vegas, Las Vegas del Norte y Henderson.

Medicamentos de Venta Libre (OTC)

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

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

Medicamentos inyectables

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

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

¿Tiene alguna pregunta? Visite [MyHPNMedicaid.com](https://www.myhpnmcaid.com) 37
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY 711.

Farmacia

Farmacia principal

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

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

Beneficios

Beneficios cubiertos por Health Plan of Nevada

Beneficios médicos

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

Beneficio	Servicios incluidos
Servicios de Ambulancia (Solo para Servicios de Emergencia)	<ul style="list-style-type: none">Ambulancia terrestre o aérea médicamente necesaria <p>No incluye: transporte médico para casos que no sean de emergencia.</p>
Centros de Cirugía Ambulatoria	<ul style="list-style-type: none">Cirugías médicamente necesarias que se pueden realizar de forma ambulatoria en las que el miembro puede volver a casa de forma segura en un plazo de 24 horas o menos <p>No incluye: Cirugías cosméticas, envoltura con tejido de aneurisma abdominal, cirugía de bypass intestinal para el tratamiento de la obesidad, embolectomía pulmonar con catéter transvenoso, derivación arterial extracraneal-intracraneal, reconstrucción mamaria solo con fines estéticos (permitida después de una mastectomía), cingulotomía estereotáctica, LASIK y otras cirugías oculares para tratar trastornos de la visión, implantes no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), cirugía transexual, cocclostomía con trasplante neurovascular para la enfermedad de Meniere, cirugías o procedimientos que no sean médicamente necesarios, que sean ineficaces o que estén en investigación.</p>

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos
<p>Análisis Conductual Aplicado (ABA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura para menores de 21 años • Debe tener un diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA) y ser médicamente necesario • Debe contar con autorización previa <p>No incluye: servicios que no cumplen los criterios de necesidad médica, servicios utilizados para reembolsar al padre/la madre/el tutor por la participación en el plan de tratamiento, servicios prestados por el padre/la madre/el tutor, servicios que son repetitivos en virtud de un Plan de Servicios Familiares Individualizado (Individual Family Service Plan, IFSP) o un Plan de Educación Individual (Individual Education Plan, IEP), terapia vocacional, terapia recreativa, servicios de descanso, servicios de cuidado infantil, servicios de educación, terapia equina, hipoterapia, servicios de consulta telefónica, la coordinación de la atención y la planificación del tratamiento se facturan independientemente del servicio directo, y los servicios de ABA no se pueden reembolsar el mismo día que otros servicios de rehabilitación de salud mental. Esta lista no incluye todo.</p>
<p>Toxina Botulínica Tipo A (Botox)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las inyecciones están cubiertas para ciertas afecciones espásticas, como parálisis cerebral, accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, lesiones de la médula espinal y esclerosis múltiple
<p>Quiroprácticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento se limita a lo siguiente cuando se refiere a través del Programa de bienestar de bebés o niños (Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos): <ul style="list-style-type: none"> - Visitas al consultorio - Fisioterapia - Radiografías - Manipulación de la columna vertebral

Beneficio	Servicios incluidos
Ensayos Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de cualquier edad pueden participar en cualquier fase de un ensayo clínico • Los miembros con una enfermedad diagnosticada son elegibles para ensayos clínicos calificados que prueban nuevos artículos o servicios médicos • Se cubren los servicios de rutina o los elementos que forman parte del ensayo clínico <p>No incluye: ensayos que prueban exclusivamente la toxicidad o la fisiopatología de la enfermedad. Ensayos que prueban intervenciones terapéuticas en voluntarios sanos. Servicios que no están cubiertos en virtud de Medicaid de Nevada.</p>
Implantes Cocleares	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación auditiva, implantación quirúrgica del dispositivo, atención y servicio de seguimiento • Equipo y suministros con algunos límites • Reparaciones, ajustes y reemplazo con algunos límites • Daños o pérdidas, se requiere seguro en el momento del implante
Servicios para la Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación para el control de la diabetes • Suministros para la diabetes con algunos límites • Bomba de insulina

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos
Equipo Médico Duradero	<p>Equipos y suministros para fines médicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pueden incluir, entre otros: tanque de oxígeno, concentradores, respiradores, sillas de ruedas, muletas y bastones, dispositivos ortopédicos, dispositivos protésicos, marcapasos, y suministros médicos • Es posible que se requiera una autorización previa <p>No incluye: equipo de lujo cuando el equipo estándar satisface las necesidades, scooters motorizados, oxígeno líquido, aires acondicionados, deshumidificadores, humidificadores, asientos de automóvil, ascensores, ascensores de escaleras, equipos de ejercicio, equipos domésticos, equipos de higiene, elevadores motorizados para vehículos, rampas, dispositivos de tracción, unidades de electroestimulación nerviosa transcutánea (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator, TENS) y agarradores. Reemplazo de equipos perdidos, dañados o robados. Esta lista no incluye todo.</p>
Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT)	<ul style="list-style-type: none"> • Limitado a miembros menores de 21 años • Incluye antecedentes de salud y desarrollo, examen sin vestimenta, inmunizaciones, procedimientos de laboratorio, educación sobre la salud, pruebas de la vista y la audición
Servicios de Sala de Emergencias (Dentro y Fuera del Plan)	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios y médicos para emergencias médicas • Servicios posteriores a la estabilización para emergencias médicas
Enfermedad Renal en Etapa Terminal	<ul style="list-style-type: none"> • Hemodiálisis, diálisis peritoneal y otros procedimientos de diálisis • Ciertos suministros nutricionales

Beneficio	Servicios incluidos
<p>Suministros y Servicios de Planificación Familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio médico • Asesoramiento • Exámenes físicos • Dispositivos y suministros anticonceptivos • Ligaduras de trompas y vasectomías para personas elegibles de 21 años o más • Abortos diferidos <p>No incluye: servicios de infertilidad, reversión de servicios de esterilización, histerectomías y abortos a menos que la vida de la madre estuviera en peligro si el embarazo se llevase a término, o si el embarazo fuera resultado de una violación o de incesto.</p>
<p>Cirugía de Derivación Gástrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura para miembros que cumplan los criterios <p>No incluye: cobertura para mujeres embarazadas, mujeres que hayan tenido un parto hace menos de 6 meses o mujeres que planean quedar embarazadas dentro de los 18 a 24 meses posteriores a la cirugía de derivación gástrica.</p>
<p>Audífonos y Servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos y suministros relacionados(s) • Pruebas y reparaciones de audífonos • Reemplazo de audífonos rotos/perdidos solo si están cubiertos por el seguro adquirido con los audífonos originales • Reemplazo de moldes auriculares perdidos o dañados solo para menores de 21 años <p>No incluye: unidad combinada de gafas/audífonos, reemplazo de moldes auriculares para miembros mayores de 21 años, reemplazo de audífonos perdidos/rotos si el reemplazo no está cubierto por el seguro adquirido con los audífonos originales.</p>

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos
Atención de la Salud en el Hogar	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada con límites • Visitas de fisioterapia, visitas de terapia ocupacional, visitas de terapia del habla, visitas de terapia respiratoria • Visitas a nutricionistas matriculados • Servicios de atención personal limitados con un servicio especializado según lo solicite un médico <p>No incluye: relevo, servicios domésticos, de acompañante, de trabajo social o de niñera, y suministros personales de rutina.</p>
Inmunizaciones: de 0 a 21 Años	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las vacunas infantiles cubiertas en virtud del programa de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos, incluidas la vacuna contra la varicela, TDaP, gripe, hepatitis A, B y C, HiB MMR, VPH, neumonía, poliomielitis, rotavirus y meningitis, y las vacunas de viaje correspondientes
Inmunizaciones: mayores de 21 años	<ul style="list-style-type: none"> • Tétanos, rabia, gripe, neumonía, hepatitis B y VPH entre los 9 y los 26 años de edad, y vacunas de viaje correspondientes
Servicios de Hospital para Pacientes Hospitalizados	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos en cuidados agudos, incluida toda la atención médica, las pruebas, la cirugía y la anestesia necesarias cuando lo solicite un médico • Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados fuera del estado para emergencias y cuando la atención no esté disponible en el área de servicio • Estadías de observación hasta 48 horas • Estadías con reconversión de camas hasta 45 días <p>No incluye: estadías con reconversión de camas de más de 45 días, cuando la afección médica o las necesidades de tratamiento no cumplen con las guías de atención aguda o se pueden proporcionar servicios en un entorno menos restrictivo, ciertos días administrativos.</p>

Beneficio	Servicios incluidos
Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios y Hospitalizados	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones físicas, ocupacionales o del habla • Terapia física, ocupacional o del habla médicamente necesaria con límites • Tratamiento con oxígeno en dosis altas para heridas <p>No incluye: terapia no médicamente necesaria y artículos de comodidad personal.</p>
Servicios de Laboratorio	<p>Incluye todas las pruebas diagnósticas médicamente necesarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hay algunas pruebas que pueden requerir autorización previa • Las pruebas genéticas requerirán autorización previa. Se limita solo a ciertas pruebas genéticas específicamente para el cáncer de mama (solo BRCA I y II). • No necesita autorización previa para emergencias • No necesita autorización previa para consultar a un proveedor de atención médica de la mujer para recibir servicios de salud de la mujer o si está embarazada <p>No incluye: exámenes posteriores a la muerte, pruebas de fertilidad y pruebas genéticas solo para BRCA I y II.</p>

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos
Terapia Nutricional Médica (MNT)	<p>Esta terapia la proporciona un nutricionista matriculado para ayudar a controlar enfermedades basadas en la dieta.</p> <p>No necesita autorización previa. Se necesita un referido, que debe incluir análisis de laboratorio, medicamentos e información sobre las afecciones actuales.</p> <p>Incluye los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluación inicial de la nutrición y el estilo de vida• Asesoramiento nutricional individual o grupal• Visitas de intervención de seguimiento para supervisar el progreso en el control de la dieta• Reevaluaciones según sea necesario durante el episodio de atención de 12 meses consecutivos para garantizar el cumplimiento del plan de alimentación• Máximo de cuatro horas en el primer año• Máximo de dos horas por período de 12 meses consecutivos en años posteriores• Los servicios se pueden proporcionar en un entorno grupal. En el entorno grupal, se aplican las mismas limitaciones de servicios.• La terapia nutricional médica (Medical Nutrition Therapy, MNT) solo está cubierta para el control de la diabetes, la obesidad, las cardiopatías y las afecciones relacionadas con la hipertensión• La terapia nutricional médica puede proporcionarse a través de servicios de telesalud• Pueden aplicarse limitaciones de servicio adicionales

Beneficio	Servicios incluidos
<p>Suministros Médicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos desechables para tratar una afección médica, incluidas jeringas y agujas para personas diabéticas, apósitos, compresas, pañales para miembros mayores de 3 años (el uso de múltiples tipos de ropa interior para la incontinencia, pañales o ropa interior protectora en cualquier combinación de talles no puede superar el límite máximo de 100 unidades o 186 unidades por mes, según el artículo, sin autorización previa), artículos de catéteres e irrigación, suministros par ostomía, solución salina, guantes estériles y no estériles • Se autoriza el suministro de un mes a la vez <p>No incluye: pañuelos sanitarios, apósitos adhesivos, cosméticos, artículos de higiene personal, alcohol desinfectante, peróxido de hidrógeno, Neosporin y otros preparados tópicos.</p>
<p>Servicios de Salud Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados • Servicios de rehabilitación • Asesoramiento para pacientes ambulatorios • Pruebas o evaluaciones psicológicas indicadas por un médico • Terapia de intervención en crisis • Servicios de administración de casos • Programas de tratamiento asistido con medicamentos (Medication Assisted Treatment, MAT)

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos
<p>Atención Ocular para Miembros de 0 a 21 Años de Edad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examen y anteojos cada 12 meses • Reparaciones y reemplazo de anteojos dañados • Lentes ligeras para equilibrar el peso de los anteojos • Lentes de vidrio o plástico • Bifocales y trifocales en algunos casos • Lentes de contacto para el tratamiento de una afección médica • Marco de plástico o metal <p>No incluye: anteojos de sol o lentes cosméticas; lentes de contacto; reemplazo de lentes; lentes multifocales mixtas o progresivas; lentes de plástico ultraligeras para adultos; costo de una garantía extendida para reparar/reemplazar anteojos/marcos con adornos, monturas de gafas que se acoplan o actúan como soporte para audífonos; cualquier procedimiento quirúrgico para mejorar la visión, cuando la visión es buena con anteojos.</p>
<p>Atención Ocular para Miembros Mayores de 21 Años de Edad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examen y anteojos cada 12 meses. Excepción a la regla de los 12 meses: después de cirugía de cataratas, glaucoma, diabetes. • Reparaciones y reemplazo de anteojos dañados o perdidos (con autorización previa) • Lentes ligeras para equilibrar el peso de los anteojos • Lentes de vidrio o plástico, tintadas cuando sea médicamente necesario • Lentes de seguridad con visión en un solo ojo • Bifocales y trifocales en algunos casos • Lentes de contacto para el tratamiento de una afección médica <p>No incluye: anteojos de sol o lentes cosméticas; lentes de contacto; reemplazo de lentes; lentes multifocales mixtas o progresivas; lentes de plástico ultraligeras para adultos; costo de una garantía extendida para reparar/reemplazar anteojos/marcos con adornos, monturas de gafas que se acoplan o actúan como soporte para audífonos; cualquier procedimiento quirúrgico para mejorar la visión, cuando la visión es buena con anteojos.</p>

Beneficio	Servicios incluidos
Ortopedia	Artículos necesarios para enderezar o corregir una deformidad, como soportes, zapatos especiales, medias elásticas, soportes/corsés lumbares, férulas, collares cervicales y prendas para quemaduras.
Terapia Parenteral	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de líquidos con vitaminas y nutrientes a través de las venas • Bomba de infusión, de a una por vez • Un kit de suministro y un kit de administración por día <p>No incluye: apoyo nutricional para ancianos, lactantes con alergias que pueden consumir leche maternizada de soja, dietas para diabéticos y suplementos de dietas para úlceras.</p>
Servicios de Atención Personal	<p>Ayuda médicamente necesaria para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bañarse, asearse o vestirse • Ir al baño • Transferir y ubicar a personas que no pueden caminar o tienen dificultades para hacerlo • Ayuda con la alimentación <p>Los servicios se pueden proporcionar en el hogar, en ubicaciones fuera del hogar o dondequiera que se produzca la necesidad del servicio.</p> <p>Deben realizarse de acuerdo con el plan de servicios aprobado.</p> <p>Deben contar con autorización previa; se aplican limitaciones de servicio.</p> <p>Cualquier cambio que no aumente el total de horas autorizadas puede realizarse, para comodidad del miembro, en el plazo de una semana sin una autorización adicional.</p> <p>No incluye: tareas que una persona puede realizar por su cuenta, servicios prestados por cuidadores dispuestos, tareas que no se incluyen en el plan de servicio aprobado, servicios para mantener un hogar y servicios prestados a una persona que no sea el destinatario previsto.</p>

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos
<p>Farmacia (se requiere el uso de medicamentos genéricos a menos que el médico solicite un medicamento de marca con una solicitud de autorización previa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos y que forman parte de la Lista de medicamentos de Medicaid de Health Plan of Nevada • Elementos de planificación familiar, como preservativos, diafragmas, anticonceptivos orales, espumas y geles • Medicamentos de venta libre solicitados por el médico • Vitaminas prenatales • Productos para dejar de fumar <p>No incluye: medicamentos para la supresión del apetito o la pérdida de peso, medicamentos para la fertilidad, medicamentos utilizados con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello, medicamentos que se utilizan para un diagnóstico o a una dosis/frecuencia que no está aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), reemplazo de medicamentos perdidos, robados, dañados o destruidos, medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil o disfunción sexual, medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos o envases de dosis unitarias de medicamentos recetados.</p>
<p>Consultas y Servicios de Médicos, Asistentes Médicos y Personal de Enfermería Practicante (Quirúrgicos y No Quirúrgicos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas médicamente necesarias al consultorio de atención primaria y del especialista • Servicios de atención de urgencia • Servicios de la sala de emergencias • Servicios para diagnosticar y tratar una enfermedad o lesión • Servicios preventivos cubiertos por el Programa de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos • Atención de bienestar del niño • Vacunas • Exámenes de aptitud física para deportes • Atención de bienestar de la mujer

Beneficio	Servicios incluidos
Podología	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio, visitas a domicilio, visitas al hospital, visitas a la sala de emergencias, visitas a hogares para ancianos • Procedimientos quirúrgicos <ul style="list-style-type: none"> – Cirugías múltiples – Procedimientos de infección fúngica – Aplicación de yesos/tiras/cinta adhesiva <p>Estos procedimientos están cubiertos cuando los realiza un podólogo para el tratamiento de fracturas, dislocaciones, esguinces, distensiones y heridas abiertas (relacionados con el ámbito de práctica del podólogo).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios para tratar la infección e inflamación <ul style="list-style-type: none"> – Se permite el corte de uñas, el corte o la eliminación de durezas y callos si hay presencia de infección o inflamación <p>No incluye: cuidados preventivos, como limpieza y remojo de los pies, aplicación de cremas. Atención de los pies de rutina en ausencia de infección o inflamación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención de los pies de rutina incluye el corte de uñas, y el corte o la eliminación de durezas y callos • La atención preventiva y la atención de los pies de rutina pueden proporcionarse a través de hospitales ambulatorios, personal de enfermería de práctica avanzada, médicos, doctores en osteopatía y asistentes médicos/asistentes médicos certificados
Servicios de Embarazo y Maternidad	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas al médico o a una enfermera partera certificada para recibir atención y pruebas prenatales • Atención especializada para complicaciones • Servicios de parto en un hospital o centro de maternidad • Atención posparto • Tratamiento para parto prematuro • Tratamiento de abortos incompletos, diferidos o sépticos, cuando sea médicamente necesario • Abortos para interrumpir embarazos resultantes de una violación o incesto

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos
Prótesis y Suministros Protésicos	<ul style="list-style-type: none"> • Artículos necesarios para reemplazar partes del cuerpo faltantes, como extremidades y ojos artificiales • Ajustes y reparaciones • Reemplazo cuando lo solicite un médico <p>No incluye: pruebas y limpieza de rutina.</p>
Servicios de Radiología (Radiografías)	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiografías médicamente necesarios solicitados por un médico, como imágenes por resonancia magnética o tomografías por emisión de positrones, ecografías • Densidad mineral ósea cada dos años, cuando lo indique un médico • Mamografías anuales para mujeres de 40 años o más
Centros Residenciales de Tratamiento (RTC)	<p>Toda la atención médicamente necesaria para los miembros de Medicaid y Nevada Check Up que son admitidos en un Centro Residencial de Tratamiento (Residential Treatment Center, RTC).</p>
Atención en un Centro de Enfermería Especializada	<p>Toda la atención médicamente necesaria durante los primeros 180 días. Medicaid de Nevada cubre el costo de la atención a partir del día 181.</p> <p>La atención de enfermería especializada es proporcionada por personal de enfermería con licencia que puede proporcionar ayuda con al menos tres aspectos de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicamentos 2. Tratamiento o necesidades especiales 3. Asistencia para actividades de la vida diaria 4. Supervisión 5. Asistencia para actividades fundamentales de la vida diaria

Beneficio	Servicios incluidos
<p>Servicios quirúrgicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugías médicamente necesarias • Servicios en centros ambulatorios/para pacientes hospitalizados/para pacientes ambulatorios • Servicios médicos • Servicios de asistencia quirúrgica • Servicios de anestesia, incluido personal de enfermería anestesista • Las circuncisiones para recién nacidos menores de 1 año no requieren autorización previa • Las circuncisiones que no sean para recién nacidos requieren autorización previa <p>No incluye: procedimientos estéticos que no sean médicamente necesarios para mejorar el aspecto.</p>
<p>Servicios para Personas Transgénero</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura para miembros que cumplan los criterios <p>No incluye: cirugía para miembros menores de 18 años, cirugías de reversión, o cirugías o procedimientos estéticos.</p>
<p>Transporte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solo transporte de emergencia (consulte la sección Servicios de Ambulancia) • Coste de comidas y alojamiento cuando se viaja para recibir servicios médicos o mientras se recibe atención médica <p>No incluye: transporte que no sea de emergencia a servicios médicos, transporte a servicios no cubiertos, viaje para visitar a un paciente hospitalizado, transporte de una persona fallecida, transporte entre instalaciones y costo de alquiler de automóviles.</p> <p>Nota: El transporte que no sea de emergencia, y el costo de las comidas y el alojamiento cuando se viaja para recibir servicios médicos o mientras se recibe atención médica es un beneficio cubierto por Medicaid, pero no forma parte del programa Nevada Check Up de Health Plan of Nevada. Se ofrecerán medios de transporte menos costosos.</p>

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos
Trasplantes (Órganos)	<ul style="list-style-type: none">• Para miembros de 21 años o más, la cobertura se limita a trasplantes de riñón, hígado, córnea y médula ósea médicamente necesarios• Para miembros menores de 21 años, cualquier trasplante de órganos médicamente necesario que no sea experimental• Se cubren los servicios de búsqueda y compatibilidad de donantes de médula ósea familiares y no relacionados• Comidas y alojamiento en los viajes de ida y vuelta, y mientras se reciben servicios médicos, y transporte para recibir servicios médicos• Llame a MTM al 844-879-7341 para coordinar estos servicios <p>No incluye: trasplantes en algunas enfermedades y etapas de enfermedades, trasplantes de órganos experimentales, trasplantes de órganos que no marcarán la diferencia en la salud del paciente y trasplantes de órganos que no sean seguros.</p>

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

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

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

Nota especial sobre los servicios de planificación familiar

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

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

Puede obtener servicios de planificación familiar:

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

No es necesario obtener servicios de planificación familiar de un médico del Directorio de proveedores de Health Plan of Nevada. No necesita un referido de su proveedor de atención primaria, pero lleve su tarjeta de identificación de Medicaid del estado. **Informe siempre a su proveedor de atención primaria cuando esté tomando píldoras anticonceptivas o usando otros métodos de planificación familiar.** Los servicios de infertilidad no están cubiertos para los miembros de Medicaid.

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

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

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

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

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

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

Beneficios

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

Beneficios adicionales especiales para los miembros de Health Plan of Nevada

Health Plan of Nevada proporciona varios beneficios adicionales para ayudar a cada uno de los miembros de nuestro plan a mantenerse sanos y saludables. Los siguientes son ejemplos de beneficios para usted.

- **Transporte no médico**
HPN ofrece traslados en autobús o puerta a puerta que no sean de emergencia a citas médicas, a la farmacia, al Departamento de Vehículos Motorizados, acceso a programas de servicios sociales y recolección de recursos necesarios como alimentos, vestimenta y productos para bebés. El miembro deben trabajar con uno de nuestros administradores de casos o registrarse en uno de nuestros programas para calificar. Los miembros de Medicaid y Nevada Check Up pueden calificar.
- **Servicio al Cliente: 1-800-962-8074**
Dirección de la Oficina: 2720 N. Tenaya Way, Suite 102, Las Vegas, NV 89128
Nuestro amable personal le ayudará con cualquier pregunta que tenga sobre sus beneficios. Ellos pueden ayudarle si tiene problemas para recibir atención de la salud. También debe informarles sobre cualquier sugerencia o queja formal que tenga.
- **Equipo de Salud Conductual: 1-800-962-8074**
Como miembro del plan de salud, puede llamar a nuestro amable personal de salud conductual si tiene preguntas sobre sus beneficios o si busca un proveedor de salud conductual. También debe informarles sobre cualquier sugerencia o queja formal que tenga.
- **Personal de Enfermería de Asesoramiento Telefónico las 24 horas: 1-800-288-2264**
Tener un hijo enfermo o enfermarse usted mismo puede ser muy aterrador a mitad de la noche. Pero como miembro de Health Plan of Nevada, puede llamar a nuestro personal de enfermería de asesoramiento telefónico. El personal de enfermería puede decirle qué debe hacer para su problema y si debe realizar un seguimiento con su proveedor de atención primaria. Además, puede llamar al personal de enfermería si tiene preguntas que no cree que sean lo suficientemente graves como para consultar con su médico.
- **Teléfonos inteligentes**
Puede presentar una solicitud para recibir un teléfono inteligente gratuito con minutos mensuales gratuitos. Dependiendo del plan que elija, tendrá mensajes de texto ilimitados y las llamadas realizadas al personal de enfermería de asesoramiento telefónico las 24 horas no contarán para sus minutos gratuitos. De vez en cuando, recibirá mensajes de texto de nuestra parte con recordatorios y consejos de salud. Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**.

- **NowClinic**

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

- **Manejo de Enfermedades**

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

- **Educación de salud y bienestar**

Como miembro de Health Plan of Nevada, tiene acceso a nuestro equipo de nutricionistas matriculados y asesores de salud para ayudarle a vivir su vida de la forma más saludable posible. Puede asistir a clases o hablar con uno de nuestros nutricionistas matriculados o asesores de salud sobre temas como los siguientes:

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

Beneficios

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

Servicios y atención durante el embarazo

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

Atención para usted durante el embarazo

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

Si está embarazada, elija un obstetra del Directorio de proveedores de Health Plan of Nevada. Si necesita ayuda, llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**. Le ayudaremos a elegir un obstetra. Estos médicos están especialmente capacitados para brindar atención a mujeres embarazadas y para asistir el parto.

Programe una cita para ver a su obstetra de inmediato para realizarse un control completo. Él o ella le dirá qué esperar durante el embarazo, y cómo cuidarse usted misma y a su bebé en gestación. Su obstetra comprobará si el bebé en gestación podría necesitar atención especial. También se mantendrá en contacto con su proveedor de atención primaria en caso de que tenga otras necesidades de salud.

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

Controle su embarazo en cada hito y trimestre.

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

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

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

Programas educativos para futuras mamás

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

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

Programa de recompensas por embarazo saludable

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

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

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

Beneficios

Información sobre la lactancia

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

Sacaleches: el Plan de Medicaid de Health Plan of Nevada pone sacaleches a disposición de las miembros que califican. Las miembros deben tener al menos 28 semanas (3.º trimestre) para calificar a fin de recibir un sacaleches.

- **Miembros del sur de Nevada:** se requiere una receta de su obstetra. Envíela por fax a Equipos Médicos Duraderos (DME) de Southwest Medical al **702-242-7703**.
- **Miembros del norte de Nevada:** llame a Edgepark Medical Supplies al número gratuito **1-800-321-0591**, extensión **7499**.

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

Cómo evitar un nacimiento prematuro

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

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

Si experimenta signos de parto prematuro, llame a su obstetra de inmediato. Hay tratamientos disponibles para detener el trabajo de parto prematuro, lo que le ayudará a tener un bebé sano a término.

Llegada de su bebé

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

Tristeza después del parto

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

Anticonceptivos después del nacimiento del bebé

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

Un comienzo saludable para su bebé recién nacido

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

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

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

Si necesita ayuda para elegir un médico para su bebé, llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074** o visite nuestro sitio web para obtener la versión más reciente del Directorio de proveedores en MyHPNMedicaid.com. Nuestro personal le ayudará a encontrar un médico para su bebé. Puede elegir un pediatra o un médico de familia. Háganos saber su elección llamando al **1-800-962-8074**. Si no recibimos noticias suyas, le asignaremos un médico a su bebé. Puede cambiar el médico de su hijo llamando al Servicio al Cliente.

Administración de la atención médica

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

Beneficios

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

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

Servicios que recibe directamente a través de Medicaid de Nevada

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

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

- **Servicios subsidiados basados en el hogar o la comunidad**
- **Transporte médico que no sea de emergencia:** transporte para recibir atención médica y dental cuando no se trate de una emergencia
- **Servicios en Centros de Atención Intermedia para Personas con Discapacidades Intelectuales** (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/ID)
- **Servicios de salud escolares:** para determinados niños que tienen un plan de educación individual de modo que puedan recibir atención especial en la escuela
- **Clínicas Tribales y de Servicios de Salud para Indígenas**
- **El costo de la atención que recibe antes de convertirse en miembro de Health Plan of Nevada:** la División de Financiamiento y Política de Atención de la Salud continuará decidiendo si debe pagar los servicios de salud que recibió mientras recibía Medicaid con Cargo por Servicio
- **El costo de la atención en un centro especializado,** como una institución para personas con discapacidad intelectual
- **Servicios para personas que necesitan atención a largo plazo,** como permanecer en un hogar para ancianos durante más de 180 días
- **Servicios de rehabilitación de transición:** ayuda a las personas lesionadas o discapacitadas a aprender o volver a aprender las habilidades necesarias para la vida diaria
- **Servicios dentales:** servicios para detectar y corregir problemas en los dientes. Liberty Dental proporciona este servicio. Llámelos al 888-401-1128, TTY 877-855-8039 si tiene preguntas sobre la cobertura dental o para buscar un dentista.

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

62 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite MyHPNMedicaid.com o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Otros detalles del plan

Cómo encontrar un proveedor de la red

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

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

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

Directorio de Proveedores

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

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

Si desea una copia impresa de nuestro directorio, llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**, y le enviaremos una por correo.

Recuperación del patrimonio de Medicaid

Cuando se inscribe en una Organización de Atención Administrada (Managed Care Organization, MCO), tiene 55 años o más y está sujeto a recuperación del patrimonio de Medicaid en caso de fallecimiento, tenga en cuenta que todos los pagos de primas (cargos por capitación) realizados por Medicaid a la Organización de Atención Administrada están sujetos a recuperación por parte de Medicaid según la Sección 3810 del Manual Estatal de Medicaid de los Centros de Medicaid y Medicare, y se incluirán además de cualquier otro pago de Medicaid como reclamo contra su patrimonio sucesorio. Medicaid no puede recuperar de los patrimonios de los beneficiarios fallecidos de Medicaid si hay un cónyuge sobreviviente, un hijo menor de 21 años, o un hijo con discapacidad o ciego de cualquier edad. Además, los copagos de las Partes A y B de Medicare pagados después del 1.º de enero de 2010 no son recuperables.

¿Tiene alguna pregunta? Visite MyHPNMedicaid.com 63
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Si recibe una factura por servicios

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

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

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

Otro seguro de salud (Coordinación de Beneficios o COB)

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

Si tiene otro seguro, Health Plan of Nevada y su otro plan compartirán los costos de su atención. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**. En conjunto, ambos planes no pagarán más del 100 por ciento de la factura.

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

Cómo actualizar su información

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

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

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

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

Otro seguro

Si tiene algún otro seguro, llame al Servicio al Cliente y háganoslo saber.

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

Consentimiento informado

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

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

Privacidad de los registros

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

Cómo pagamos a nuestros proveedores

Health Plan of Nevada les paga a los proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales y todos los demás tipos de proveedores de la red cada vez que estos ven a nuestros miembros. Esto se conoce como pago por servicio. Si tiene alguna pregunta sobre los reembolsos de proveedores o programas de incentivo, puede llamar al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Gestión de la utilización

Health Plan of Nevada no quiere que usted reciba una atención insuficiente o que no necesite. También debemos asegurarnos de que la atención que recibe sea un beneficio cubierto. Las decisiones sobre la atención se basan únicamente en la adecuación de la atención y la cobertura. Utilizamos un proceso llamado gestión de utilización (utilization management, UM). Nos ayuda a asegurarnos que reciba la atención adecuada en el momento y lugar correctos.

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

66 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite [MyHPNMedicaid.com](https://www.myhpnmedicaid.com)
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Programa de calidad

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

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

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

Health Plan of Nevada analiza los resultados de HEDIS y CAHPS. Luego, compartimos los resultados con nuestros proveedores. Trabajamos con proveedores para asegurarnos de que los servicios contribuyan a su atención de la salud de manera positiva.

Si desea conocer más sobre el programa de calidad, llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Seguridad del paciente y protección contra la discriminación

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

Guías sobre prácticas clínicas y nueva tecnología

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

Si tiene alguna pregunta sobre las guías clínicas de Health Plan of Nevada o le gustaría recibir una copia de las guías, llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**. También puede encontrar las guías clínicas en nuestro sitio web en MyHPNMedicaid.com.

Evaluación de nueva tecnología

Aún no se ha comprobado la eficacia de algunas prácticas y tratamientos médicos. Health Plan of Nevada revisa a nivel nacional las nuevas prácticas, tratamientos, pruebas y tecnologías para decidir sobre la cobertura. La revisión está a cargo de un comité de Health Plan of Nevada formado por médicos, personal de enfermería, farmacéuticos y expertos invitados. Ellos toman la decisión final sobre la cobertura. Si desea obtener más información, llámenos al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Directrices Anticipadas

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

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

Existen diferentes tipos de directrices anticipadas:

- Un “**Testamento Vital**” es una declaración por escrito que les informa al médico y a su familia qué tipo de atención de la salud desea, o no desea recibir, si usted no puede decírselos
- Un “**Poder Notarial Médico Permanente**” es un documento firmado que nombra a alguien que usted elige para tomar decisiones de atención de la salud por usted si no puede tomar sus propias decisiones
- Una **orden de No Reanimar (Do Not Resuscitate, DNR)** es una instrucción dada a su médico de que no desea que se tomen medidas para salvar su vida si su corazón o su respiración se detienen

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

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

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

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

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

Health Plan of Nevada no discrimina por motivos de que los miembros tengan o no directrices anticipadas.

Fraude, malgasto y abuso (FWA)

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

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

También puede escribir a:

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

Qué hacer si tiene una apelación o una queja formal

Cómo puede ayudarle el Servicio al Cliente:

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

Nuestro equipo de Servicio al Cliente está aquí para ayudarle. Podemos ayudarle a completar los formularios y prepararse para la audiencia. Esta ayuda incluye diferentes formas para que usted comprenda la información como intérpretes y ayudas si es sordo o ciego. Usted tiene derecho, como miembro de Health Plan of Nevada, a presentar una apelación o queja formal.

70 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite MyHPNMedicaid.com
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

Apelaciones

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

- Los servicios cubiertos que usted solicitó fueron rechazados o limitados
- Los servicios cubiertos que recibía se redujeron, suspendieron o detuvieron
- Se deniega parte o la totalidad del pago por un servicio que recibió
- Su solicitud de servicios cubiertos no se respondió en forma oportuna
- Health Plan of Nevada no resuelve su queja formal o apelación en forma oportuna

Existen dos tipos de apelaciones que puede presentar:

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

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

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

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

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

Otros detalles del plan

¿Qué incluyo en mi apelación?

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

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

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

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

Las apelaciones estándar pueden presentarse llamando a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes.

Quiénes pueden presentar una apelación:

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

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

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

Número de fax: **702-266-8813**

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

Número gratuito: **1-800-962-8074**

Si su médico actúa en su nombre, se debe enviar su consentimiento por escrito a Health Plan of Nevada.

Formulario de apelación

Este formulario le ayuda a presentar una apelación. Puede completar el formulario y enviarnoslo o llamar al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074** para presentar una apelación.

Health Plan of Nevada
Attn: Customer Response and Resolution Department
P.O. Box 14865
Las Vegas, NV 89145

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

Use letra de imprenta

Nombre del miembro _____

Identificación de miembro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____

Descripción del servicio denegado _____

Fecha de denegación _____

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

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

Representante autorizado (si lo tiene) _____

Complete el Formulario de designación de un representante autorizado.

Firma del miembro _____ Fecha _____

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Formulario de designación de un representante autorizado

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

Health Plan of Nevada
Attn: Customer Response and Resolution Department
P.O. Box 14865
Las Vegas, NV 89145

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

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

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

Relación del representante con el miembro _____

B. Dirección del representante autorizado:

Apartado postal/Calle/N.º de departamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____

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

D. Firma del representante autorizado _____ Fecha _____

E. Firma del miembro _____ Fecha _____

Relación con el miembro: Usted mismo Padre/Madre _____ Tutor

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

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Audiencia Imparcial Estatal

Si aún no está de acuerdo con nuestra decisión, después de que se hayan completado todas las apelaciones de Health Plan of Nevada, puede solicitar una **Audiencia Imparcial Estatal** comunicándose con la Unidad de Audiencias de Medicaid de Nevada al **1-775-684-3704** o en 1100 East William Street, Suite 204, Carson City, NV 89701. Debe solicitar esta audiencia dentro de los 90 días posteriores a la recepción del Aviso de Apelación final de Health Plan of Nevada. También puede solicitar una Audiencia Justa Estatal si no tomamos nuestra decisión de manera oportuna dentro de los plazos descritos en esta sección.

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

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

Carson City: **775-684-3651** o **1-800-992-0900**

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

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

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

Si necesita información o ayuda, llámenos:

Número gratuito: **1-800-962-8074**

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

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

Audiencia Imparcial Acelerada

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

Continuación del servicio

Si desea apelar un Aviso de Medida o una Determinación Adversa que haya recibido de Health Plan of Nevada, puede solicitar que los servicios cubiertos que recibe continúen durante el proceso de apelación.

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

- La terminación de los servicios cubiertos,
- La suspensión de los servicios cubiertos, o
- La reducción de los servicios cubiertos.

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

Si Health Plan of Nevada mantiene sus beneficios cubiertos en espera del resultado de una apelación, continuarán hasta que se presente una de las siguientes situaciones:

- Usted retira su Apelación;
- Diez (10) días calendario después de que se envíe por correo el Aviso de Medida (a menos que la persona inscrita solicite una apelación y la continuación de los beneficios hasta que la audiencia tome una decisión);
- El funcionario de audiencias emite una decisión adversa para la persona inscrita; o
- Se ha cumplido el plazo que rige los límites de servicio de un servicio previamente autorizado.

Si la decisión final es adversa para usted, Health Plan of Nevada puede recuperar el costo de los servicios en disputa proporcionados durante la apelación en la medida en que se hayan prestado únicamente debido a los requisitos relacionados con la continuación de los servicios pendientes de la decisión del resultado de la apelación.

Quejas Formales

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

- Servicios que recibió a través de Health Plan of Nevada
- La atención o los servicios que recibió de uno de nuestros médicos u otros proveedores de atención médica
- Usted no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el plazo hasta 14 días para resolver su apelación
- Puede presentar una queja formal de dos maneras:
 - Llámenos al **1-800-962-8074**, o
 - Escriba a:
Health Plan of Nevada
P.O. Box 14865
Las Vegas, NV 89114

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

- Le enviaremos una carta dentro de los tres días calendario. Esta le informará cuando hayamos recibido su queja. Nuestro personal también puede comunicarse con usted para asegurarse de que comprenden la situación.
- **En el transcurso de 90 días** a partir del día en que recibamos su queja formal, le enviaremos una carta informándole el resultado. Podemos extender este tiempo hasta 14 días calendario si se necesita información adicional y la extensión le beneficiará.

Derechos y responsabilidades de los miembros

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

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

- Ser tratados con respeto y dignidad, y que se haga todo lo posible por proteger su privacidad
- Tener la libertad de elegir de la extensa lista de proveedores de HPN a un médico de cabecera, incluidos especialistas, como su PCP, si el beneficiario tiene una afección crónica, lo que incluye el derecho a rechazar la atención de médicos específicos. Los miembros pueden comunicarse con Servicio al Cliente para obtener asistencia para realizar una selección o cambios.
- Tener la oportunidad de expresar quejas formales o apelaciones sobre el plan o la atención proporcionada y buscar la resolución de la queja o la apelación
- Recibir información sobre el plan, sus servicios, sus proveedores, y los derechos y las responsabilidades de los miembros de una manera y en un formato que se comprenda fácilmente y en los idiomas (distintos del inglés) que se utilizan frecuentemente en el área de servicio
- Participar con su médico de cabecera en el proceso de toma de decisiones sobre su atención de la salud, incluido el derecho a rechazar el tratamiento
- Tener acceso oportuno a la atención y los servicios, teniendo en cuenta la urgencia de sus necesidades médicas. El miembro tiene derecho a comunicarse directamente con el personal clínico calificado. La cobertura de atención de urgencia está destinada a aquellos problemas que, aunque no ponen en riesgo la vida, podrían provocar lesiones graves o una discapacidad, a menos que se reciba atención médica.
- Tener una conversación franca sobre las opciones de tratamiento disponibles y las alternativas para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura del beneficio
- Tener acceso directo a los servicios de salud de la mujer para recibir atención preventiva y de rutina. Las mujeres miembro tienen acceso a los proveedores necesarios para recibir servicios de atención de la salud preventiva y de rutina de la mujer. Esto es adicional al PCP designado para la miembro, si no es un especialista en salud de la mujer. Servicio al Cliente puede ayudarle con esta selección.
- Tener acceso directo a atención especializada médicamente necesaria, junto con un plan de tratamiento aprobado desarrollado con el médico de cabecera/dentista. Las autorizaciones requeridas deben ser para una cantidad adecuada de visitas de acceso directo.
- Tener acceso a servicios de atención de la salud de emergencia en casos en los que una “persona prudente” que actúa razonablemente, habría creído que existía una emergencia. La atención de emergencia está disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. El miembro puede acceder a los servicios de emergencia después del horario de atención y durante los fines de semana. Los miembros y los proveedores tienen derecho a comunicarse directamente con el personal clínico calificado. El acceso a los servicios de emergencia, ya sea dentro o fuera de la red, es ilimitado.

- Recibir servicios adecuados y oportunos fuera de la red, si la red de HPN no puede proporcionar los servicios necesarios cubiertos por su contrato
- Obtener una segunda opinión, sin costo alguno, de un proveedor de atención médica calificado dentro de la red o coordinar los servicios para que usted obtenga una segunda opinión fuera de la red
- Formular directrices anticipadas
- Tener acceso a registros médicos de acuerdo con las leyes estatales y federales vigentes, incluida la capacidad de solicitar y recibir una copia de los registros médicos, y a solicitar que los registros médicos se modifiquen o corrijan, según se especifica en la reglamentación federal
- Disponer de servicios de interpretación oral gratuitos para todos los idiomas distintos del inglés
- Permanecer libre de toda restricción o aislamiento empleados como medidas coercitivas, disciplinarias, de conveniencia o de represalia, según lo especificado en las reglamentaciones federales acerca del uso de restricciones y aislamiento
- Hacer recomendaciones acerca de las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización
- Continuar con la atención en curso correspondiente a un plan de atención al momento de la inscripción

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

- Saber cómo funciona el Programa de Atención Administrada de HPN
- Cooperar con quienes prestan servicios de atención de la salud, incluidos los proveedores y el personal del plan de salud
- Proporcionar, en la medida de lo posible, la información que HPN y sus proveedores necesitan para proporcionar la mejor atención posible
- Seguir las instrucciones y guías proporcionadas por quienes prestan servicios de atención de la salud
- Asumir la responsabilidad de maximizar los hábitos de salud y seguir el plan de atención de la salud que el miembro, el médico y HPN han acordado
- Consultar con un médico de cabecera y HPN antes de solicitar atención que no sea de emergencia en el área de servicio. Les recomendamos a los miembros que consulten con su médico y HPN cuando reciban atención de urgencia mientras se encuentren temporalmente fuera del área de servicio de HPN.
- Obtener un referido por escrito de un médico antes de acudir a un especialista
- Obtener autorización previa de HPN y un médico para cualquier intervención quirúrgica, hospitalización o procedimiento diagnóstico de rutina u optativo
- Llegar a tiempo a las citas y notificar de forma oportuna cuando cancele cualquier cita a la que el miembro no pueda asistir
- Evitar propagar una enfermedad a sabiendas
- Reconocer los riesgos y las limitaciones de la atención médica y del proveedor de atención médica

Otros detalles del plan

- Ser consciente de la obligación del proveedor de atención médica de ser razonablemente eficiente y equitativo a la hora de proporcionar atención a otros pacientes de la comunidad
- Mostrar respeto por otros pacientes, proveedores de atención médica y representantes del plan
- Cumplir con los requisitos administrativos de HPN, de los proveedores de atención médica y de los programas gubernamentales de beneficios para la salud
- Informar sobre irregularidades y fraudes a los recursos o las autoridades legales correspondientes
- Conocer sus medicamentos
- Abordar las necesidades de renovación de medicamentos en el momento de una cita en el consultorio. Informar todos los efectos secundarios de los medicamentos al proveedor de atención primaria y notificar al proveedor de atención primaria/dentista si deja de tomar sus medicamentos.
- Hacer preguntas durante una cita sobre molestias físicas, medicamentos, efectos secundarios, etc.
- Participar en la comprensión de sus problemas de salud y en el desarrollo de objetivos de tratamiento establecidos de mutuo acuerdo
- Informar sobre cualquier atención en curso correspondiente a un plan de atención al momento de la inscripción
- Informar sobre cualquier tercero responsable del pago de los servicios

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

Cancelación de la Afiliación

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

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

Los siguientes son ejemplos de “buena causa”:

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

Puede llamar al Servicio al Cliente de HPN al **1-800-962-8074** o a las Oficinas del Distrito de DHCFP al (sur de NV) 702-668-4200 o al (norte de NV) 775-687-1900 para obtener más información o para solicitar la cancelación de la afiliación.

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

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

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

El Estado le enviará por correo una carta con su decisión. Si se aprueba, se cancelará su afiliación a más tardar el primer día del segundo mes posterior a la solicitud.

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

Si ya no es miembro de Medicaid

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

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

Cuándo debe comunicarse con nosotros

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

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

Estos son algunos ejemplos de cuándo debe comunicarse con nosotros (llamar al Servicio al Cliente al 1-800-962-8074):

- Cuando ya recibe atención médica al momento de inscribirse en Health Plan of Nevada
- Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de Health Plan of Nevada
- Si necesita una copia actualizada o impresa de este manual
- Si desea cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo
- Siempre que se mude, incluso si aún vive dentro del área de servicio de Health Plan of Nevada. Infórmenos si planea abandonar el área de servicio durante más de un mes o mudarse.
- Si su número de teléfono cambia
- Si está embarazada o tiene un bebé

- Si tiene cobertura de algún beneficio para la salud, además de Health Plan of Nevada.
Por ejemplo, infórmenos:
 - Si tiene una póliza de seguro de salud
 - Si recibe indemnización por accidentes de trabajo por un problema que ocurrió en el trabajo
 - Si recibe un pago de seguro después de haber sufrido un accidente
 - Si se ve involucrado en un accidente automovilístico o se lesiona sin que sea culpa suya
- Si tiene problemas para recibir la atención de la salud que necesita
- Si tiene un problema o una inquietud sobre Health Plan of Nevada o uno de nuestros médicos u otros proveedores de atención médica
- Si cree que desea abandonar Health Plan of Nevada
- Si tiene una sugerencia que cree que mejoraría los servicios o programas de Health Plan of Nevada

Cuándo podríamos comunicarnos con usted

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

- Cambios en los beneficios o el plan de Health Plan of Nevada;
- Cambios en la lista de médicos y la red de proveedores que puede utilizar; o
- Información sobre nuestros programas y beneficios especiales.

También podemos llamarle o enviarle un formulario de encuesta para preguntarle qué le parece Health Plan of Nevada, y qué piensa de su médico y otros servicios de salud. Su opinión es muy importante para nosotros.

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

Términos de atención de la salud

Simplificamos la atención de la salud

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

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

Copago: pago que usted efectúa para recibir atención médica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Atención Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios: atención o tratamiento que no requiere una estadía nocturna en el hospital.

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

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

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

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

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

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

Autorización Previa: decisión de su plan o de DHCFP de que un servicio de atención de la salud, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces se denomina preautorización, aprobación previa o precertificación.

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

Cobertura de Medicamentos Recetados: medicamentos recetados o cubiertos (pagados) por su plan de salud. Algunos medicamentos de venta libre están cubiertos.

Otros detalles del plan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

Por ley, nosotros¹ debemos proteger la privacidad de su información médica (health information, HI). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

Recopilamos, usamos y compartimos su información médica con los siguientes:

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información médica para ciertos propósitos.

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

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

Otros detalles del plan

- **Para los patrocinadores del plan.** Podemos proporcionar información acerca de inscripciones, desafiliaciones y un resumen de su información médica a su empleador. Podemos proporcionarle otra información médica si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para propósitos de suscripción.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información médica genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica 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 médica de la siguiente forma:

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas que participan en su atención.** Puede ser un familiar 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 médica 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, abandono o violencia doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información médica. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia autorizada por ley a recibir la información médica. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para hacer cumplir la ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una emergencia o un desastre natural.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para indemnización de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar enfermedades o incapacidades.
- **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 fallecimiento, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información médica a los directivos de las funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para 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 médica. No se les permite usar la información médica, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.

- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información médica que se enumera a continuación. 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 médica según se describe en el presente documento o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir sus notas de psicoterapia. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información médica a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su información médica en ciertas listas de correo promocional. Si nos permite compartir su información médica, el destinatario puede seguir compartiéndola. Puede retirar su consentimiento. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información para tratamientos, pagos u operaciones de 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 según lo permitan las leyes estatales y federales. 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 médica. 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 médica 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 médica.

Otros detalles del plan

- **Recibir un resumen** de la divulgación de su información médica durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá ninguna información médica 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 en papel de este aviso.** Puede pedir una copia en papel en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com).
- **Solicitar que corrijamos o modifiquemos** su información médica. Según dónde viva, también puede solicitarnos que eliminemos su información médica. 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
- **Período.** Responderemos a su solicitud telefónica o por escrito en un plazo de 30 días.
- **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. (U.S. Department of Health and Human Services). 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.; United Healthcare 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>.

92 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite MyHPNMedicaid.com
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

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 2023

Nosotros² protegemos su “información financiera personal” (personal financial information, “FI”). La información financiera personal es información no médica. Le 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 compartir su información financiera personal con nuestras filiales. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera personal 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.

Otros detalles del plan

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 1, desde la última página de Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of ME, Inc.; Healthplex of NC, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, 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.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Arizona, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators of Texas, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; U.S. Behavioral Health Plan, California; UHC 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 requiere 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>.

Estamos aquí para usted

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**. También puede visitar nuestro sitio web en [MyHPNMedicaid.com](https://www.MyHPNMedicaid.com).

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

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

1-800-962-8074, TTY **711**

Health Plan of Nevada
A UnitedHealthcare Company 

¿Tiene alguna pregunta? Visite [MyHPNMedicaid.com](https://www.MyHPNMedicaid.com) 95
o llame al Servicio al Cliente al **1-800-962-8074**, TTY **711**.

[Índice](#)

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Health Plan of Nevada
A UnitedHealthcare Company 