HERITAGE HEALTH

El Programa de Atención Administrada de Medicaid de Nebraska

Guía de Miembro

Visítenos en línea:

www.neheritagehealth.com



Actualizado: 4/2026

Tabla de Contenido

Tabla de Contenido 2
Bienvenido a Heritage Health 3
Cómo Cambiar de Plan de Salud 3
En línea: 4
Llame: 4
Correo: 4
Fax: 4
Elija un Proveedor de Cuidado Primario 4
Elija un Hogar Dental 5
Beneficios de los Planes de Salud 6
Servicios No Cubiertos Por su Plan de Salud 7
Cómo Usar sus Tarjetas de Identificación de Medicaid y del Plan de Heritage Health 7
¿Cómo Conseguir Cuidado? 8
Emergencia/Atención Urgente 8
Cómo Recibir Servicios de Transporte Médico de No Emergencia 9
Quejas 10
Apelaciones..... 10
Audiencia Imparcial del Estado 12
Preguntas Frecuentes 12
Derechos y Responsabilidades 15
Términos Importantes 18
Información de Contacto 19

Toda la información puede ser interpretada en cualquier idioma sin costo.
Materiales de inscripción están disponibles en braille y grabación de audio sin costo.
1-888-255-2605 TTY: 711

Bienvenido a Heritage Health

Heritage Health es el programa de Medicaid de Atención Médica Administrada de Nebraska. Le da un plan de salud para su salud física, salud mental, dental y, necesidades farmacéuticas. También ofrece beneficios y servicios adicionales. Puede ser miembro del plan de salud que mejor satisface sus necesidades y las de su familia.

Cuando usted sea elegible para Heritage Health, será automáticamente inscrito en uno de nuestros tres planes de salud. Recibirá un Paquete de Bienvenida de su plan de salud con información importante. Heritage Health ofrece las siguientes opciones de planes de salud:

- ***Molina Healthcare of Nebraska***
- ***Nebraska Total Care***
- ***UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska***

Cómo Cambiar de Plan de Salud

Si no está satisfecho con su plan de salud, tiene el derecho a cambiar de plan de salud:

- Dentro de los primeros 90 días de la inscripción inicial a Heritage Health.
- Cada año durante la Inscripción Abierta.
- Dentro de los primeros 90 días del inicio de un cambio de plan de salud hecho durante la Inscripción Abierta.
- Si tiene una razón “Por Causa” aprobada.

Ofrecemos varias maneras diferentes para cambiar su plan de salud.

En línea:
Cree una cuenta en www.neheritagehealth.com. Puede ingresar a su cuenta las 24 horas del día 7 días a la semana para cambiar de plan de salud en línea.

Llame:
Llame a nuestra línea de inscripción automatizada al 1-888-255-2605. Está disponible las 24 horas del día 7 días a la semana. Siga las instrucciones para elegir un nuevo plan de salud.

También puede hablar con un Consejero de Opciones. Están disponibles de 7am-7pm hora central, de lunes a viernes llamando al 1-888-255-2605. TTY 711.

Por favor, tenga estos datos listos para la persona por la cual está cambiando un plan:

- Nombre, dirección y fecha de nacimiento
- El número de identificación de Medicaid, número de Seguro Social, o PIN

Correo:
Complete el formulario de cambio de plan de salud que se encuentre en nuestro sitio web. Por favor asegúrese de completar todas las partes del formulario y de firmarlo antes de devolverlo.

Fax:
En lugar de enviarlo por correo, puede enviar su formulario de cambio de plan de salud completado por fax al 1-800-852-6311.

Elija un Proveedor de Cuidado Primario

Un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) es su proveedor de atención médica principal. Se encarga de sus necesidades médicas básicas. Un PCP se asegura de que usted reciba cuidado apropiado y coordina con los especialistas cuando es necesario.

Si ya tiene un Proveedor de Cuidado Primario que atiende sus necesidades de atención médica o si tiene uno en mente, puede ver si ese proveedor está en la red con los planes de Heritage Health en www.neheritagehealth.com "Encuentre un Proveedor". También puede hablar con un Consejero de Opciones en el 1-888 -255-2605.

Llame directamente a su plan de salud para informarles qué Proveedor de Cuidado Primario eligió. Si no elige un Proveedor de Cuidado Primario, su plan de salud elegirá uno por usted. Puede cambiar un Proveedor de Cuidado Primario en cualquier momento comunicándose con su plan de salud.

Elija un Hogar Dental

Un Hogar Dental es su proveedor de salud dental principal. Se encarga de sus necesidades de salud dental básicas de manera integral, coordinada y centrada en la familia.

Si ya tiene un Hogar Dental que atiende sus necesidades dentales o si tiene uno en mente, puede ver si ese proveedor está en la red con los planes de Heritage Health en www.neheritagehealth.com "Encuentre un Proveedor". También puede hablar con un Consejero de Opciones en el 1-888-255-2605.

Por favor llame directamente a su plan de salud para informarles qué Hogar Dental eligió. Si no elige un Hogar Dental, su plan de salud elegirá uno por usted. Puede cambiar un Hogar Dental en cualquier momento comunicándose con su plan de salud.

Beneficios de los Planes de Salud

Todos los planes de salud ofrecen los beneficios y servicios básicos siguientes. Esta no es una lista completa de los servicios. Por favor póngase en contacto con el plan de salud para una lista completa.

- Servicios de Ambulancia
- Servicios Quiroprácticos
- Servicios Dentales
- Equipo Médico Duradero, Ortesis, Prótesis, y Suministros Médicos
- Servicios de Planificación Familiar
- Chequeos de Bienestar Infantil (EPSDT)
- Servicios de Aparatos Auditivos
- Servicios de Agencia de Cuidado de la Salud en el Hogar
- Servicios de Hospicio
- Servicios de Hospitalización
- Servicios de ICF/DD
- Servicios de Laboratorio y Radiología (Rayos X)
- Servicios de Transporte Médico
- Servicios de la Salud Mental y del Abuso de Substancias Para Niños y Adolescentes (edades 0-20)
- Servicios de Enfermería Obstetricia
- Servicios de Enfermero/a Especializado/a
- Servicios de Centro de Enfermería
- Servicios de un Médico
- Servicios de Podología
- Medicamentos Recetados
- Servicio de Enfermería Particular
- Servicios Psiquiátricos, de Trastorno por Uso de Substancias, y *Medicaid Rehabilitation Option*
- Servicios de Detección (Mamografía)
- Servicios Provistos por Clínicas
- Terapia: Física, Ocupacional, del Habla, y Audiología
- Servicios para el Cuidado de los Ojos

Servicios No Cubiertos Por su Plan de Salud

Hay otros servicios que su plan de salud no cubre, pero que Medicaid aún cubre para los que son elegibles. Los servicios listados a continuación pueden estar disponibles para usted:

- Servicios de centros de cuidado intermedio para individuos con discapacidades del desarrollo.
- Cuidado Institucional a Largo Plazo/de Centros de Enfermería a nivel de cuidado de custodia.
- Servicios basados en la escuela
- Servicios de exención de Medicaid Basados en el Hogar y la Comunidad
- Servicios de Asistencia Personales de Medicaid de Nebraska

Para obtener más información sobre estos servicios, visite https://iserve.nebraska.gov.

Cómo Usar sus Tarjetas de Identificación de Medicaid y del Plan de Heritage Health

- Recibirá una tarjeta de identificación de Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos. También recibirá una tarjeta de identificación de su plan de Heritage Health. Sus tarjetas se enviarán por correo separadamente.
- Debe presentar su tarjeta de identificación de Medicad y su tarjeta del plan de Heritage Health dondequiera que obtenga su cuidado. Asegurarse de llevar ambas tarjetas a toda cita.

Cómo Obtener Cuidado

- Llame a su PCP para atención médica de rutina o si está enfermo.
- Llame a su Hogar Dental para recibir atención dental de rutina.
- Si no puede asistir a una cita, debe llamar a la oficina e informarles.
- Es muy importante que llame al menos 24 horas antes si necesita cancelar una cita.
- Si cancela una cita, debe hacer arreglos para obtener una nueva cita.
- Si necesita ver a un especialista, hable primero con su PCP.
- Si necesita cuidado dental especializado, hable primero con su Hogar Dental.
- Los proveedores que usted vea deben estar en la red del plan de salud en el que está inscrito.
  Excepción: Usted puede ir a cualquier proveedor de planificación familiar, pero debe aceptar Medicad de Nebraska.

Emergencia/Atención Urgente

Una emergencia es un momento en que su vida está en peligro o puede ser algo que ocurre que podría causar discapacidad permanente si no se trata inmediatamente. Si usted tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Puede recibir servicios sin importar si la sala de emergencias es parte de la red de su plan de salud o no.

Los siguientes son ejemplos de emergencias:

- *Un accidente grave*
- *Envenenamiento*
- *Dolor de pecho*
- *Accidente cerebro vascular*
- *Hemorragia severa*
- *Quemaduras graves*
- *Dificultad para respirar*

Usted debe utilizar atención de urgencia cuando su vida no está en peligro y tiene tiempo para llamar a su PCP. Si necesita atención de urgencia, llame a su PCP para recibir instrucciones.

Algunos ejemplos de atención de urgencia son:

- *Fiebre*
- *Dolor de estomago*
- *Dolores de oído*
- *Dolor de cabeza*
- *Síntomas de resfriado o gripe*

Cómo Recibir Servicios de Transporte Médico de No Emergencia

Usted puede recibir transporte hacia y desde citas médicas, citas dentales, y la farmacia. Los tres planes de salud utilizan Medical Transportation Management (MTM) para proporcionar el transporte. Llame al número indicado para programar su transporte. Llame al menos tres (3) días hábiles antes de su cita. También puede programar su transporte en línea en https://mtm.work/.

Plan de Salud	Número Telefónico de Servicio Para Miembros
Molina Healthcare of Nebraska	1-888-889-0421 TTY: 711
Nebraska Total Care	1-844-261-7834 TTY: 711
UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska	1-888-777-6924 TTY: 711

Quejas

Una queja es una expresión verbal o por escrito sobre cualquier asunto aparte de una determinación de beneficios adversa. Si tiene una queja sobre su plan de salud, póngase en contacto con los servicios de atención al miembro de su plan de salud y tramite su queja mediante el proceso de quejas de ellos. Consulte la guía de miembros de su plan de salud sobre la forma de cómo contactarlos. También puede ponerse en contacto con un Consejero de Opciones en el Centro de Inscripción de Heritage Health al 1-888-255-2605 para asistencia.

Si tiene una queja sobre Heritage Health, póngase en contacto con un Consejero de Opciones en el Centro de Inscripción de Heritage Health para que le asistan.

Puede presentar una queja por teléfono o por escrito.

Apelaciones

Una apelación es una solicitud para evaluar una determinación de beneficios adversa hecha por su plan de salud. Usted tiene el derecho de apelar las siguientes acciones de determinación de beneficios adversas:

- La reducción, suspensión, o cancelación de un servicio previamente autorizado.
- La denegación, en parte o en total, del pago por un servicio.
- La falta de provisión de servicios de manera oportuna, conforme a la definición del estado.
- La falla del plan médico a actuar dentro del plazo requerido para la resolución estandarizada de quejas y apelaciones.
- La denegación de una solicitud de un afiliado para disputar responsabilidades financieras, incluyendo costos compartidos, copagos, y otras responsabilidades financieras del afiliado.

Solicitar una apelación ante su plan de salud:

- Póngase en contacto con un representante de miembro de su plan de salud por teléfono o por correo.
- La guía de miembro de su plan médico le indica como presentar una apelación.
- Tiene sesenta (60) días naturales desde la fecha de su notificación de determinación de beneficios adversa para presentar una apelación ante su plan de salud.
- Su plan de salud debe continuar sus beneficios si usted se lo pide a ellos. Usted debe solicitarlo dentro de 10 días naturales de la fecha de la notificación de determinación de beneficios adversa o de la fecha efectiva prevista de la determinación de beneficios adversa propuesta por el plan de salud. Un proveedor autorizado tiene que haber pedido los servicios. Su período de autorización no puede haberse vencido.
- Puede representarse a sí mismo en esta audiencia o puede ser representado por otra persona.

Para obtener más información sobre quejas y apelaciones, visite el sitio web de su plan de Heritage Health haciendo clic en el enlace a continuación:

MOLINA HEALTHCARE	nebraska total care	UnitedHealthcare Community Plan
Molina Healthcare of Nebraska	Nebraska Total Care	UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska

Desplácese hasta el Manual para Miembros y descárguelo.

Audiencias Imparciales del Estado

Una Audiencia Imparcial del Estado es una solicitud de un miembro para apelar una decisión tomada por un plan de salud con el estado de Nebraska.

- Puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado después de que su apelación al plan de salud ha sido finalizada
- Tiene 120 días naturales a partir de la fecha en la carta de "notificación de resolución" que recibe de su plan de salud para solicitar una Audiencia Imparcial del Estado.
- Debe enviar la solicitud de apelación para una Audiencia Imparcial del Estado por escrito.
- Envíe su solicitud de apelación a:

DHHS MLTC Appeal Coordinator
P.O. Box 94967
Lincoln, NE 68509-4967

- Una vez que haya presentado la solicitud para una Audiencia Imparcial del Estado, se programará una audiencia. Se le notificará por correo cuál es la fecha y hora en que debe llamar para participar en la audiencia.
- Puede representarse a sí mismo en esta audiencia o puede ser representado por otra persona.

Preguntas Frecuentes

P: Recibí una carta que indica que estoy inscrito en un plan de Heritage Health. ¿Tengo que quedarme en un plan de Heritage Health?

R: Sí.

P: ¿Puedo cambiar mi plan de salud?

R: Después de inscripción inicial a Heritage Health, tendrá 90 días para cambiar su plan de salud. Vea su Notificación de Inscripción para la fecha exacta. Después de ese plazo

inicial de 90 días, puede cambiar su plan de salud cada año durante el período de Inscripción Abierta, y dentro de 90 días del inicio del cambio de plan de salud hecho durante la Inscripción Abierta.

P: ¿Que es la Inscripción Abierta?
R: La Inscripción Abierta es el período en el que puede cambiar de plan de salud. La Inscripción Abierta ocurre anualmente hacia el final de cada año calendario. Recibirá información detallada sobre la Inscripción Abierta antes de que comience.

P: ¿Qué pasa si tengo que cambiar mi plan de salud fuera del período de inscripción abierta?
R: Cambios de plan de salud hechos fuera del período de Inscripción Abierta sólo se concederán si el Estado aprueba una razón "por causa".

P: ¿Qué es "por causa"?
R: Esta es una razón aprobada por el Estado para cambiar de plan fuera del período de la Inscripción Abierta. Algunas razones incluyen cuidado de salud de mala calidad, la falta de acceso a cuidado médico, o la falta de acceso a proveedores que pueden atender sus necesidades especiales de atención médica.

P: ¿Puedo cambiar mi PCP?
R: Usted puede cambiar su Proveedor de Cuidado Primario en cualquier momento. Usted tendrá que ponerse en contacto con su plan de salud para hacerlo.

P: ¿Puedo cambiar mi Hogar Dental?
R: Usted puede cambiar su Hogar Dental en cualquier momento. Tendrá que ponerse en contacto con su plan de salud para hacerlo.

P: Tengo una necesidad especial de atención médica. ¿Hay planes especiales que cubrirán mis necesidades?

R: Todos los planes de salud cubren las personas con necesidades especiales de salud. Para preguntas acerca de sus necesidades especiales de salud, póngase en contacto con su plan de salud.

P: ¿Cómo inscribo a mi bebé en un plan de Heritage Health?

R: Su bebé está preinscrito en el mismo plan de Heritage Health que usted.
Después del nacimiento de su bebé, si desea elegir un plan de salud diferente para el bebé, llame al Centro de Inscripción de Heritage Health al 1-888-255-2605 dentro de los 90 días de inscripción.

P: Si me mudo, ¿tengo que cambiar a un nuevo plan de salud?

R: Su plan de salud está disponible en todo el estado y no cambiará si se muda dentro de Nebraska. Recuerde, si se muda necesita contactar al Centro de Servicio de Atención al Cliente de Elegibilidad de Medicaid al 1-855-632-7633 o en línea en el https://iserve.nebraska.gov/ para reportar su cambio de dirección.

P: ¿Como sé si mi proveedor médico o dentista acepta mi plan de salud?

R: Póngase en contacto con su plan de salud, o busque en el directorio de proveedores de Heritage Health en línea en el www.neheritagehealth.com. Haga clic en “Encuentre un Proveedor.”

P: ¿Cómo puedo obtener materiales de inscripción si no tengo acceso a la Web?

R: Todos los materiales se le envían a usted por correo. Si ha perdido sus materiales de inscripción, llame al Centro de Inscripción de Heritage Health al 1-888-255-2605 para solicitar una copia.

P: Si no soy la cabeza de familia, ¿cómo hago un cambio de plan de salud o hablo por parte de un miembro de Heritage Health?

R: Se requiere un Formulario de Nombramiento de Representante Autorizado para quienes no están listados como la cabeza de familia.

P: ¿En dónde encuentro el Formulario de Nombramiento de Representante Autorizado?

R: Baje el formulario de Nombramiento de Representante Autorizado de www.neheritagehealth.com. Este formulario se encuentra en la sección de Materiales.
- Complete, firme, y feche el formulario.
- Devuélvalo al Centro de Inscripción de Heritage Health a la dirección o al número de fax que están en el formulario.
- El formulario se archivará para que usted pueda hablar o actuar por parte de un miembro de Heritage Health en cualquier momento.

Derechos y Responsabilidades

Como miembro de Heritage Health, usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto, dignidad y sin discriminación o represalias
- Recibir información sobre su enfermedad o condición médica

- Entender las opciones de tratamiento, los riegos y beneficios
- Tomar una decisión informada sobre si recibirá tratamiento
- Participar en las decisiones sobre su atención médica, incluyendo el derecho a rechazar el tratamiento
- Hablar con su médico y con su plan de salud y saber que su información médica va a permanecer confidencial
- Elegir su plan de salud y su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)
- Tener acceso a su PCP y plan de salud
- Recibir atención médica de manera oportuna
- Solicitar una copia de su historia clínica y solicitar modificaciones de sus archivos médicos
- Presentar una queja sobre su proveedor o plan de salud y recibir una respuesta oportuna
- Recibir información sobre los servicios médicos proporcionados por su plan de salud
- Cambiar de PCP en cualquier momento
- Solicitar una explicación o interpretación de los materiales de Heritage Health y del plan de salud
- Tener intérpretes sin costo alguno si fuera necesario durante citas médicas y en todas las discusiones con su PCP o plan de salud
- Solicitar una apelación si sus servicios son negados, cancelados o reducidos
- Hacer gestiones anticipadas si desea y recibir ayuda si es necesario
- Obtener atención médica apropiada las 24 horas del día, los 7 días de la semana

- Cambiar su plan de salud dentro de los 90 días de la inscripción inicial o cada 12 meses después, sin causa justificada
- Cambiar de plan de salud porque su plan de salud no cubre, por razones morales o religiosas, un servicio que necesita
- Cambiar de plan de salud si perdió la cobertura y por lo tanto paso el período de inscripción abierta y fue reinscrito dentro de 60 días desde la pérdida de la cobertura
- Cambiar de plan de salud porque su doctor ha dicho que algunos de los servicios médicos que usted necesita deben ser recibidos junto, pero todos los servicios no están disponibles al mismo tiempo a través de su plan de salud
- Cambiar de plan de salud por otras razones, que incluye cuidado de mala calidad, falta de acceso a cuidado médico, o falta de acceso a proveedores que pueden administrar sus necesidades de cuidado de salud

Cuando está en un programa del Departamento de Salud y Servicios Humanos, no puede ser objeto de discriminación en base a:

- *Raza*
- *Color*
- *Sexo*
- *Edad*
- *Nacionalidad*
- *Razones políticas*
- *Credo religiosas*
- *Discapacidad*

Como miembro de Heritage Health, tiene la responsabilidad de:

- Comprender a su mejor capacidad como Heritage Health es utilizado para recibir su cuidado de salud
- Llevar su tarjeta de identificación de Medicaid y la tarjeta de identificación de su plan de salud a todas las citas médicas

y a la farmacia para sus recetas
- Mantener sus citas programadas
- Llamar a la oficina de su proveedor médico al menos 24 horas antes de su cita si debe cambiar la fecha de su cita
- Informar a su médico sobre cualquier problema médico
- Hacer preguntas sobre las cosas que no entiende
- Seguir las órdenes y los consejos del proveedor
- Ayudar con la transferencia de su historia clínica
- Recibir los servicios de su Proveedor de Cuidado Primario a menos que se le refiere a otro lugar
- Reportar al Centro de Servicio de Atención al Cliente de Elegibilidad de Medicaid si su dirección ha cambiado, si usted esta o queda embarazada o cualquier otro cambio que pudiera afectar su elegibilidad para Medicad o la cobertura de Heritage Health
- Cooperar con todas las consultas y encuestas de Heritage Health
- Elegir un proveedor dentro de la red del plan de salud

Términos Importantes

Consejería de Opciones: Un representante del Centro de Inscripción de Heritage Health. Ofrecen apoyo imparcial para ayudar a los miembros a cambiar sus planes de salud

Inscripción: La forma en que un afiliado/miembro elige un plan de salud

Por Causa: Una razón aprobada para cambiar su plan fuera de la temporada de Inscripción Abierta

Heritage Health: El programa de Atención Administrada de Medicaid de Nebraska

Miembro: Una persona con Medicaid quien está inscrita en un plan de Heritage Health

Proveedor de Cuidado Primario: Un proveedor médico elegido por el miembro para proveer cuidado de salud (Nota, si usted no elige un PCP uno será elegido por usted)

Hogar Dental: Un proveedor dental que usted eligió para proveer cuidado de salud bucal (Nota, si usted no elige un Hogar Dental, uno será elegido por usted)

Información de Contacto

Centro de Servicio de Atención al Cliente de Elegibilidad de Medicaid

1-855-632-7633
402-473-7000 (Lincoln)
402-595-1178 (Omaha)
TTY: 402-471-7256
https://iserve.nebraska.gov/

Centro de Inscripción de Heritage Health

1-888-255-2605 / TTY: 711
www.neheritagehealth.com

Planes de Salud de Heritage Health

- Molina Healthcare of Nebraska
  1-844-782-2018 / TTY: 711
  www.molinahealthcare.com/ne

- Nebraska Total Care
  1-844-385-2192 / TTY: 711
  www.nebraskatotalcare.com
- UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska
  1-800-641-1902 / TTY: 711
  https://es.uhc.com/communityplan/nebraska/plans

Proveedores de Transporte de No Emergencia

- MTM (Molina Healthcare of Nebraska)
  1-888-889-0421 / TTY: 711
  https://mtm.work
- MTM (Nebraska Total Care)
  1-844-261-7834 / TTY: 711
  https://mtm.work
- MTM (UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska)
  1-888-777-6924 / TTY: 711
  https://mtm.work

Medicare

1-800-633-4227 / TTY: 1-877-486-2048
https://es.medicare.gov/

Administración de Seguro Social

1-800-772-1213 / TTY: 1-800-325-0778
https://www.ssa.gov/espanol

Programa de Women, Infants and Children (WIC)

1-800-942-1171 / 402-471-2781 / TDD: 1-800-833-7352
www.dhhs.ne.gov/wic

Mercado Federal de Seguros Médicos

1-800-318-2596 / TTY: 1-855-889-4325
https://www.cuidadodesalud.gov/es/