



Bienvenido a la comunidad

UnitedHealthcare Community Plan
Manual para Miembros de STAR+PLUS Instituciones de enfermería

Servicios para Miembros: 1-888-887-9003, TDD/TTY: 7-1-1,
para personas sordas y con problemas de audición

**United
Healthcare
Community Plan**



TEXAS
Health and Human
Services

**TEXAS
STAR+PLUS**
Your Health Plan ★ Your Choice

Servicios para Miembros

1-888-887-9003, TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con problemas de audición

8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del centro, de lunes a viernes

Sitios web: UHCCommunityPlan.com
myuhc.com/CommunityPlan

Qué debe hacer en caso de una emergencia

En caso de una emergencia, siga las instrucciones provistas por el establecimiento con cuidados de enfermería en donde reside. El personal del establecimiento se pondrá en contacto con las autoridades competentes para coordinar los servicios y/o transporte de emergencia. Una emergencia es una situación en la que cree que tiene una afección médica grave o cree que si no recibe atención médica inmediatamente, su vida, alguna extremidad o la vista se verán amenazadas.

Qué debe hacer en una emergencia de salud conductual

En caso de una emergencia, siga las instrucciones provistas por el establecimiento con cuidados de enfermería en donde reside. El personal del establecimiento se pondrá en contacto con las autoridades competentes para coordinar los servicios y/o transporte de emergencia.

Llámenos si tiene preguntas acerca de su plan de salud. Nuestro número de llamadas gratuitas de Servicios para Miembros es **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con problemas de audición. Cuando llame, habrá personas disponibles que pueden hablarle en español e inglés. **Este Manual para Miembros se encuentra disponible, a solicitud, en una versión en audio, Braille, impresión con letra más grande y en otros idiomas. Llame al 1-888-887-9003 para solicitar ayuda.**

Números de teléfono sin cobrar

Servicios para Miembros	1-888-887-9003
Se ofrece información isobre cómo acceder a los servicios cubiertos e intérpretes en varios idiomas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes, excluyendo días feriados aprobados por el estado (ver página 4). Después de las horas hábiles, comuníquese con la línea de enfermería NurseLine.	
TDD/TTY (para personas sordas y con problemas de audición)	7-1-1
Coordinación de Servicios (Service Coordination)	1-800-349-0550
(8:00 a.m. a 5:00 p.m., lunes a viernes)	
Línea de enfermería NurseLine	1-888-887-9003, TTY: 7-1-1
(Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)	
• Se habla español	
• Servicios de intérprete disponibles	
Para servicios odontológicos, llame a Servicios para Miembros	1-888-887-9003
Para citas de atención de la visión, llame a Servicios para Miembros	1-888-887-9003
Comisión de Servicios Humanos y de Salud de Texas	1-877-541-7905
(Texas Health and Human Services Commission)	
Transporte para visitas al doctor	1-866-528-0441, TTY: 711
(8:00 a.m.–5:00 p.m., lunes–viernes)	
Servicios de salud mental y abuso de sustancias	1-888-887-9003
Optum Behavioral Health; disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Se brinda información e intérpretes en muchos idiomas. En caso de emergencia, siga las instrucciones proporcionadas por su centro de enfermería. El personal de la instalación se comunicará con las autoridades apropiadas para coordinar el transporte y/o los servicios de emergencia.	
Equipo de asistencia del defensor estatal de atención administrada de Medicaid (State Ombudsman for Managed Care Assistance Team)	1-866-566-8989
Línea de ayuda TDD/TTY de atención administrada de Medicaid	1-866-222-4306
Beneficios de farmacia	1-888-887-9003
Línea de ayuda del programa STAR+PLUS	1-800-964-2777

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 2
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Importantes puntos del plan de salud

Gracias por elegir UnitedHealthcare Community Plan como su plan de salud

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan, una Organización de atención administrada (Managed Care Organization – MCO), se compromete a ayudarle a obtener acceso a la atención médica que necesita. En UnitedHealthcare Community Plan, nuestro objetivo es ayudar a todos nuestros miembros a llevar una vida más saludable. Usted tendrá su propio médico, llamado Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP), quien conocerá su historia clínica y trabajará arduamente para ayudarlo a mantenerse saludable. Su PCP sabe que administrar su atención médica es importante. Los exámenes regulares que el PCP le realice pueden ayudar a detectar problemas de forma temprana. Al PCP le interesa brindarle ayuda antes de que los problemas se agraven. Su PCP le brindará una referencia a especialistas cuando lo necesite. UnitedHealthcare Community Plan dispone de una red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica con los que puede contar. Muchos de ellos se encuentran cerca de su domicilio. Contribuiremos a que se mantenga saludable y obtenga una atención médica adecuada cuando no esté bien. UnitedHealthcare Community Plan trabajará arduamente para asegurar que obtenga acceso a la atención que necesita.

Su guía para la buena salud

Lea este Manual para Miembros. Le brindará información sobre sus beneficios. Le ayudará a usar su plan de salud inmediatamente. Puede llamarnos al **1-888-887-9003** si cree que necesita el manual en Braille, una impresión con letra más grande o una versión en audio. Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan siempre está listo para ayudarlo.

Mire su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. Asegúrese de que toda la información sea correcta. Deseamos lograr que el uso de su plan de salud le resulte fácil. Podemos responder cualquier pregunta que tenga acerca de cómo comenzar. Si tiene preguntas, llámenos. Nuestro número de llamada gratuita de Servicios para Miembros es **1-888-887-9003**. Estamos aquí para ayudarlo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes. La cobertura después de las horas hábiles y durante los fines de semana se encuentra disponible a través de un sistema telefónico automático.

- 3 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Todos los números de teléfono que aparecen en este manual son gratuitos.

UnitedHealthcare Community Plan es un nombre comercial de United Healthcare Insurance Company en los áreas de servicio de HHSC STAR+PLUS MRSA y UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C., en todos los áreas de servicio de HHSC Medicaid/CHIP.

Ubicaciones de nuestras oficinas

UnitedHealthcare Community Plan

Oficina Principal

14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478

O visite nuestro sitio web en: UHCommunityPlan.com

¿Qué es Servicios para Miembros?

UnitedHealthcare Community Plan dispone de un departamento de Servicios para Miembros que puede responder preguntas y brindarle información en inglés y español sobre:

- Membrecía
- Cómo elegir un PCP
- Especialistas, hospitales y otros proveedores
- Servicios cubiertos
- Beneficios adicionales
- Cómo cambiar de PCP
- Cómo presentar una queja
- Cómo conseguir un intérprete
- Cualquier otro aspecto sobre el cual podría tener una pregunta

Servicios para Miembros

1-888-887-9003, TDD/TTY: 7-1-1

Nuestras oficinas están cerradas en los siguientes días feriados principales:

- Día de Año Nuevo
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día de los Caídos en la Guerra (Memorial Day)
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día después del día de Acción de Gracias
- Día de Navidad

¿Tiene preguntas? Visite UHCommunityPlan.com,
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003, TDD/TTY: 7-1-1.**

Tabla de contenido

Importantes puntos del plan de salud	3
Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan	3
Su guía para la buena salud	3
Ubicaciones de nuestras oficinas	4
¿Qué es Servicios para Miembros?	4
¿Cuándo y dónde uso mi tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan? ..	11
Cómo leer su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan	12
Cómo reemplazar su tarjeta si se pierde o se la roban	12
Su tarjeta de Your Texas Benefits (YTB) Medicaid	13
El portal del cliente de Medicaid YourTexasBenefits.com	14
Su formulario de verificación temporal de Medicaid (Forma 1027-A)	15
Para ir al doctor	16
¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria (PCP)?	16
¿Me asignarán un Proveedor de Atención Primaria si tengo Medicare?	16
¿Cómo puedo consultar con mi Proveedor de Atención Primaria si él o ella no me visitan en mi casa de reposo?	16
¿Cómo elijo un Proveedor de Atención Primaria?	17
¿Puedo seguir yendo a mi proveedor si no forma parte de mi plan de salud?	17
¿Cómo puedo cambiar mi Proveedor de Atención Primaria?	17
¿Cuándo entrará en vigencia mi cambio de Proveedor de Atención Primaria?	17
Cobertura de STAR+PLUS y Medicare	17
¿Cómo me afecta mi cobertura con UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS si tengo ambas coberturas Medicare y STAR+PLUS?	17
Planes de incentivos para doctores	18
¿Qué es la coordinación de servicios?	19
¿Quién es un Coordinador de Servicios?	19

5 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com,
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Qué es la coordinación de servicios y que puede un Coordinador de Servicios hacer por mí?	<u>19</u>
¿Cómo puedo ponerme en contacto con un Coordinador de Servicios?	<u>20</u>
¿Qué otros programas se encuentran disponibles para ayudarme a controlar mi enfermedad crónica?	<u>20</u>
¿Sabía que usted puede escoger a la persona que le otorga sus cuidados de salud?	<u>20</u>
¿Porqué querría yo escoger a CDS?	<u>21</u>
¿Cómo funciona CDS?	<u>21</u>
¿Cuáles son los servicios que pueden ser auto-dirigidos y en qué programas?	<u>21</u>
¿Qué sucede si necesito consultar con un médico especial (especialista)?	<u>22</u>
¿Qué es una referencia?	<u>22</u>
¿Qué servicios no necesitan una referencia?	<u>22</u>
¿Cuánto debo esperar para visitar a un especialista?	<u>23</u>
¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?	<u>23</u>
Previa autorización.	<u>23</u>
¿Cómo puedo obtener ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental) o problemas de alcohol o drogas? ¿Necesito una referencia para esto?	<u>24</u>
¿Cuáles son los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental y de Administración de Casos Escogidos de Salud Mental? ¿Cómo puedo obtener esos servicios?	<u>25</u>
¿Cómo obtengo mis medicamentos?	<u>25</u>
¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?	<u>25</u>
¿Qué sucede si yo tengo también Medicare?	<u>26</u>
¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?	<u>26</u>
¿A quién necesito llamar si tengo necesidades especiales de cuidados para la salud y necesito de alguien que me ayude?	<u>26</u>
¿Qué sucede si necesito recibir atención de un obstetra/ginecólogo? ¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo? ¿Necesito una referencia?	<u>27</u>
¿Puedo conservar mi obstetra/ginecólogo aunque no pertenezca a UnitedHealthcare Community Plan?	<u>27</u>
¿Cómo elijo a un obstetra/ginecólogo?	<u>28</u>
Si no elijo un obstetra/ginecólogo, ¿tengo acceso directo?	<u>28</u>
¿Necesitaré una referencia para obtener los servicios de un obstetra/ginecólogo?	<u>28</u>
¿Qué tan pronto puedo recibir atención después de contactarme con mi obstetra/ginecólogo para una cita?	<u>28</u>

¿Cómo concierto citas?	<u>28</u>
¿Qué debo llevar a mi cita?	<u>28</u>
¿Cómo obtengo atención médica después del horario de cierre del consultorio de mi proveedor de atención primaria?	<u>29</u>
¿Qué hago si me enfermo cuando me encuentro fuera de la institución o estoy viajando fuera de la ciudad?	<u>29</u>
¿Qué sucede si estoy fuera del estado?	<u>29</u>
¿Qué hago si estoy fuera del país?	<u>30</u>
¿Qué tengo que hacer si me mudo?	<u>30</u>
¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?	<u>30</u>
¿A quién llamo?	<u>30</u>
¿Cuántas veces puedo cambiar los planes de salud?	<u>30</u>
¿Cuándo entrará en vigor mi cambio de planes de salud?	<u>30</u>
¿UnitedHealthcare Community Plan me puede pedir que me retire de su plan de salud (por falta de cumplimiento, etc.)?	<u>31</u>
Servicios de idiomas e intérpretes	<u>31</u>
¿Puede alguien brindarme servicios de intérprete cuando hablo con mi médico?	
¿A quién debo llamar para conseguir un intérprete? ¿Con cuánto tiempo de anticipación debo llamar?	<u>31</u>
¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona, en el consultorio del proveedor?	<u>32</u>
¿Qué significa “médicamente necesario”?	<u>32</u>
¿Qué es la atención médica de emergencia?	<u>33</u>
¿Qué tan pronto puedo esperar recibir atención?	<u>34</u>
¿Necesito una autorización previa?	<u>34</u>
¿Qué es la pos-estabilización?	<u>34</u>
¿Qué es la atención médica de rutina y qué tan pronto puedo esperar recibir atención?	<u>34</u>
¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?	<u>34</u>
¿Se cubren servicios dentales que no sean de emergencia?	<u>35</u>
¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica?	<u>35</u>
Beneficios y servicios	<u>36</u>
¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?	<u>36</u>
¿Cómo obtengo estos servicios?	<u>37</u>

7 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/communityplan), o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Existen limitaciones para algún servicio cubierto?	37
¿Qué son los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS)?	37
¿Cuáles son mis servicios y apoyos de largo plazo en una institución de enfermería?	37
¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número hablo para obtener información acerca de estos servicios?	37
¿Cómo cambiarían mis beneficios si me mudo a la comunidad?	38
Servicios a largo plazo basados en la comunidad para todos los miembros	38
Servicios de Exención de HCBS STAR+PLUS para los miembros que califican para estos servicios	38
¿Cuáles son mis beneficios de cuidados intensivos?	39
¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número hablo para obtener información acerca de estos servicios?	41
¿Qué servicios no son beneficios cubiertos?	41
¿Qué servicios puedo yo aún obtener a través de Medicaid en forma regular pero que no están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan?	42
¿Qué son mis beneficios de medicamentos recetados?	42
Planificación familiar	43
¿Cómo puedo obtener servicios de planificación familiar? ¿Necesito una referencia?	43
¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?	43
Otros detalles del plan	44
¿Qué beneficios adicionales recibo como miembro de UnitedHealthcare?	44
¿Cómo obtengo estos beneficios?	44
¿Cómo puedo obtener esos beneficios?	46
¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece UnitedHealthcare Community Plan?	46
¿Con qué otros servicios puede UnitedHealthcare Community Plan ayudarme?	46
Servicios para el transporte de UnitedHealthcare Community Plan para los residentes a las casas de reposo con servicios de enfermería	47
¿Cuáles son los servicios de transporte que se ofrecen?	47
¿Cómo obtengo este servicio?	47
¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?	47
¿Qué sucede si recibo una factura de mi centro de enfermería?	47
¿A quién debo llamar? ¿Qué información necesitarán?	47

¿Qué es un ingreso aplicado?	48
¿Cuáles son mis responsabilidades?	48
¿Qué tengo que hacer si me mudo?	48
¿Qué sucede si tengo otro seguro médico además de Medicaid?	49
¿Puede mi proveedor de Medicare mandarme una factura para suministros o servicios si estoy en Medicare y Medicaid?	49
Quejas y apelaciones	49
¿Qué hago si tengo una queja acerca de mis cuidados de salud, mi proveedor, mi coordinador de servicios o mi plan de salud?	49
¿A quién llamo?	50
¿Dónde puedo enviar una queja por correo?	50
¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?	50
¿Cuánto tiempo se demorará en procesar mi queja?	50
¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una queja?	51
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento que está cubierto, pero UnitedHealthcare Community Plan lo deniega o lo limita?	51
¿De qué forma me notificarán si los servicios son denegados?	51
¿Cuáles son los plazos para el proceso de la apelación?	51
¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?	52
¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito?	52
¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una apelación?	52
¿Qué sucede después de mi apelación?	52
¿Qué es una apelación acelerada?	52
¿Cómo solicito una apelación acelerada?	53
¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito?	53
¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?	53
¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza una solicitud de apelación acelerada?	53
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?	53
Audiencia imparcial ante el estado	54
¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?	54

9 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial ante el estado acelerada?	55
Información de Revisión médica externa	55
¿Puede un miembro solicitar una Revisión médica externa?	55
¿Puedo solicitar una Revisión médica externa de emergencia?	56
Directivas anticipadas	57
¿Qué es una directiva anticipada?	57
¿Cómo puedo elaborar una directiva anticipada?	57
¿Quién tiene derecho a tomar decisiones sobre la atención médica?	57
¿Qué sucede si no puedo tomar decisiones o informar a los proveedores sobre mis decisiones de atención médica?	57
¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar una decisión sobre mi atención médica?	58
¿Cuáles son mis opciones para realizar una directiva anticipada?	58
¿Se debe respetar mi directiva anticipada?	58
¿Debe ser un abogado quien prepare mi directiva anticipada?	58
¿Quién debe tener una copia de mi directiva anticipada?	59
¿Tengo que hacer una directiva anticipada?	59
¿Puedo cambiar o cancelar mi directiva anticipada?	59
¿Qué sucede si ya tengo una directiva anticipada?	59
Según la ley, ¿quién puede tomar decisiones de atención médica por mí si yo no puedo hacerlo y no tengo una directiva anticipada?	59
Derechos y responsabilidades del miembro	60
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro de UnitedHealthcare Community Plan?	60
Cada año tiene derecho a solicitar que UnitedHealthcare Community Plan le envíe determinada información	63
Abuso, negligencia y explotación	65
Fraude y abuso	66
¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?	66
Para denunciar el malgasto, abuso o fraude, reúna toda la información posible	67
Glosario de terminología de atención médica administrada	67
Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad	71
Aviso de privacidad de la información financiera	76

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 10
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.


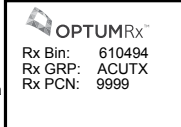
Importantes puntos del plan de salud

¿Cuándo y dónde uso mi tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan?

Cada persona que se convierte en miembro de UnitedHealthcare Community Plan obtiene una tarjeta de identificación (ID). La tarjeta de identificación les brinda al médico y al personal del consultorio información importante sobre usted. Recibirá una nueva tarjeta de identificación si cambia de proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).

Verifique la tarjeta para asegurarse de que la información sea correcta. Si obtiene una tarjeta de identificación que no tiene el nombre del PCP, pero dice que llame al **1-888-887-9003**, llame a Servicios para Miembros para elegir un PCP. Entregue la tarjeta de identificación al médico para verificar la cobertura al obtener servicios. La tarjeta de identificación no es una garantía de beneficios o cobertura.

Tarjeta ID para miembros con Medicaid solamente

	
Health Plan/Plan de salud (80840) 911-87726-04	
Member ID/ID del Miembro: 999994197	Group/grupo: TXSTPL
Member/Miembro: NEW A ENGLISH DOB/Fecha de nacimiento: 04/01/1955 PCP Name/Nombre del PCP: DOUGLAS GETWELL PCP Phone/Teléfono del PCP: (361) 883-1177	Payer ID/ID del Pagador: 87726  Rx Bin: 610494 Rx GRP: ACUTX Rx PCN: 9999
Effective Date/ Fecha de vigencia 11/01/2011	
0709	Administered by UnitedHealthcare Community Plan of Texas, LLC

Tarjeta ID para miembros con Medicaid y Medicare

	
Health Plan/Plan de salud (80840) 911-87726-04	
Member ID/ID del Miembro: 999994201	Group/grupo: TXSTPL
Member/Miembro: NEW C ENGLISH DOB/Fecha de nacimiento: 12/25/1945 PCP Name/Nombre del PCP: USE MEDICARE	Payer ID/ID del Pagador: 87726
Effective Date/ Fecha de vigencia 01/01/2012	
0709	Long term care services only Solo servicios de atención a largo plazo Administered by UnitedHealthcare Community Plan of Texas, LLC

In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. Printed: 06/08/17

After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible. This card does not guarantee coverage. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible. Esta tarjeta no garantiza la cobertura.

Service Coordination/Coordinación de Servicio: 888-887-9003
For Members/Para Miembros: 888-887-9003 TTY 711
Mental Health/Salud Mental: 888-887-9003
NurseLine/Línea de Ayuda de Enfermeras: 888-887-9003

For Providers: www.uhccommunityplan.com 888-887-9003
Medical Claims: PO Box 31352, Salt Lake City, UT 84131
Pharmacy Claims: OptumRx, PO Box 65033, Dallas, TX 75269-0334
For Pharmacists: 877-305-8952

In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. Printed: 06/08/17

After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible. If you get Medicare, it is responsible for most primary, acute and behavioral health services; therefore, the PCP's name, address and telephone number are not listed on the card. The member receives long-term services and supports through UnitedHealthcare Community Plan. Si obtiene la cobertura de Medicare, este sistema será responsable de la mayoría de los servicios de salud mental, urgencias y atención primaria. Por lo tanto, en ese caso la información del proveedor de atención primaria (PCP) no aparece en la tarjeta. El miembro recibirá asistencia y servicios de largo plazo a través de UnitedHealthcare Community Plan.

For Members/Para Miembros: 888-887-9003 TTY 711
Mental Health/Salud Mental: 888-887-9003
NurseLine/Línea de Ayuda de Enfermeras: 888-887-9003
Service Coordination/Coordinación de Servicio: 888-887-9003

For Providers: www.uhccommunityplan.com 888-887-9003
Medical Claims: PO Box 31352, Salt Lake City, UT 84131

Si usted tiene Medicare y Medicaid, su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare no mostrará el nombre y teléfono de su doctor. Su tarjeta mostrará USE MEDICARE.

11 **¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: 7-1-1.**

Cómo leer su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan

Su tarjeta de identificación tendrá el símbolo de STAR+PLUS y de UnitedHealthcare Community Plan. Esto le dejará saber a su proveedor que usted es un miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Su nombre, número de identificación, la fecha en que usted se inscribió en el programa de UnitedHealthcare Community Plan y la fecha de su nacimiento se mostrarán en su tarjeta. También, el número de su grupo se anotará en su tarjeta.

Si usted tiene Medicare, su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan informará que usted solamente tiene Servicios y Apoyo a Largo Plazo. Esto significa que usted obtiene servicios de su doctor, hospital, rayos x, y otros servicios de cuidados intensivos de parte de Medicare o de su HMO Medicare.

Cómo reemplazar su tarjeta si se pierde o se la roban

Si pierde o le roban su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan, llame de inmediato a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**. El personal de Servicios para Miembros le enviará una nueva. Llame a TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con problemas de audición.

Recuerde llevar con usted la tarjeta de identificación y presentarla siempre que visite al doctor, dentista o farmacia.

Su tarjeta de Your Texas Benefits (YTB) Medicaid

Cuando lo aprueban para recibir Medicaid, usted recibirá una tarjeta de identificación de Your Texas Benefits Medicaid. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta de identificación de Medicaid de todos los días. Debe llevarla y protegerla como lo haría con la licencia de manejar o una tarjeta de crédito. El doctor puede usar la tarjeta para saber si usted tiene beneficios de Medicaid cuando vaya a una cita.

Se le dará solamente una tarjeta y solo recibirá una nueva tarjeta en caso de que usted pierda su tarjeta o sea robada. Si extravía o le roban su tarjeta de identificación de Medicaid, usted puede obtener una nueva tarjeta llamando gratuitamente a 1-800-252-8263.

Si no está seguro de que tiene cobertura de Medicaid, puede llamar gratis al 1-800-252-8263 para saberlo. También puede llamar al 2-1-1. Primero, escoja un idioma y después escoja la opción 2, o puede ingresar en línea para solicitar o imprimir una tarjeta temporal en www.YourTexasBenefits.com.

Su información médica es una lista de los servicios médicos y medicamentos que usted recibió por medio de Medicaid. La divulgamos a los doctores de Medicaid para ayudarles a decidir qué atención médica necesita usted. Si no quiere que los doctores vean su información médica y dental por medio de una red segura en Internet, llame sin cobrar al 1-800-252-8263 u opte por no compartir su información médica en www.YourTexasBenefits.com.

La tarjeta de Medicaid de YTB tiene impreso en el frente estos datos:

- Su nombre y el número de identificación de Medicaid
- La fecha en que la tarjeta se le envió
- El nombre del programa de Medicaid al que pertenece si usted tiene:
 - Medicare (QMB, MQMB),
 - El Programa de Mujeres sanas de Texas (Healthy Texas Women Program – HTW),
 - Hospicio,
 - STAR Health,
 - Medicaid de Emergencia, o
 - Posible elegibilidad para el Programa Pregnant Women (PE) – Mujeres embarazadas.
- Datos que la farmacia necesitará para enviar una factura a Medicaid
- El nombre de su doctor y de la farmacia si usted se encuentra en el programa Medicaid Lock-in

El dorso de la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits tiene un sitio web al que puede ir (www.YourTexasBenefits.com) y un número de teléfono al que puede llamar sin cobrar (1-800-252-8263) si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

Si se le olvida la tarjeta, el doctor, dentista o farmacéutico puede usar el teléfono o Internet para asegurarse de que usted recibe beneficios de Medicaid.

El portal del cliente de Medicaid YourTexasBenefits.com

El portal del cliente de Medicaid le permite hacer todo lo siguiente para cualquier persona que sea parte de su caso:

- Ver, imprimir y solicitar una tarjeta Your Texas Benefits Medicaid
- Ver sus planes médicos y dentales
- Ver la información de sus beneficios
- Ver las alertas de Pasos Sanos de Texas
- Ver alertas de transmisión
- Ver diagnósticos y tratamientos
- Ver vacunas
- Ver medicamentos recetados
- Elija si permite que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental disponible

Para acceder al portal, vaya a www.YourTexasBenefits.com.

- Haga clic en **Iniciar sesión (Log in)**
- Ingrese su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en **Crear una nueva cuenta (Create a new account)**.
- Haga clic en **Administrar (Manage)**
- Vaya a la sección “Enlaces rápidos”
- Haga clic en **Servicios de Medicaid y CHIP (Medicaid & CHIP Services)**
- Haga clic en **Ver servicios e información de salud disponible (View services and available health information)**

Nota: El portal de clientes de Medicaid YourTexasBenefits.com muestra información solo para clientes activos. Un Representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que sea parte de su caso.

Su formulario de verificación temporal de Medicaid (Forma 1027-A)

Puede solicitar una formulario de verificación temporal de Medicaid si pierde su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid. Debe comunicarse con su oficina local de elegibilidad o llamar al 2-1-1 para obtener información sobre cómo adquirir la formulario de verificación temporal de Medicaid.

- Lleve su formulario de verificación temporal al médico y cuando solicite otro tipo de atención médica
- Muestre su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid cada vez que vaya al consultorio de un médico o a una clínica
- Llame al 2-1-1 o visite su oficina local de beneficios de HHSC si se muda o cambia su número de teléfono. También llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para que podemos actualizar nuestros records. Llame a TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con problemas de audición.

Ejemplo del formulario temporal de Medicaid, reverso

Ejemplo del formulario temporal de Medicaid, frente

15 ¿Tiene preguntas? Visite UHCCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Para ir al doctor

¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria (PCP)?

La tarea del PCP es cuidar de usted. Los exámenes regulares con su PCP son importantes y pueden ayudarlo a mantenerse saludable. Su PCP realizará pruebas de detección médicas regulares para hallar problemas.

Hallar y tratar los problemas de forma temprana puede evitar que más adelante se agraven. De ahora en adelante, su PCP será su médico personal. Su PCP cuidará de usted y lo derivará a un especialista cuando lo necesite. Debería hablar con su PCP sobre todas sus necesidades de atención médica.

Si quiere visitar a otro médico, siempre hable primero con su PCP. Su PCP le entregará un formulario de referencia si necesita uno. Su relación con su PCP es importante. Conozca a su PCP lo antes posible. Es importante que siga los consejos del PCP. Una buena manera de entablar una relación con su PCP es llamar y programar un chequeo. De esta forma, puede conocer a su PCP. El PCP podrá conocer su historia clínica, los medicamentos que toma y cualquier otro problema de salud.

Recuerde que su PCP es la primera persona a quien debe llamar si tiene preguntas o problemas de salud.

Nota: Para los miembros de STAR+PLUS que se encuentran cubiertos por Medicare, no se les asignará Proveedores de Atención Primaria.

¿Me asignarán un Proveedor de Atención Primaria si tengo Medicare?

Para los miembros de STAR+PLUS cubiertos por Medicare, no se le asignará ningún Proveedor de Atención Primaria.

¿Cómo puedo consultar con mi Proveedor de Atención Primaria si él o ella no me visitan en mi casa de reposo?

Si usted necesita salir de su casa de reposo para ir a una consulta con un doctor, su residencia le proveerá con el transporte necesario.

Para ir al doctor

¿Cómo elijo un Proveedor de Atención Primaria?

Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda con respecto a cómo elegir un PCP. Cada miembro de UnitedHealthcare Community Plan debe elegir un PCP.

También puede solicitar un Directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan llamando a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** o puede buscar en línea en [UHCommunityPlan.com](https://www.uhc.com).

¿Tiene preguntas acerca de cómo consultar con un proveedor?

Llame a Servicios para Miembros gratuitamente al **1-888-887-9003**.

¿Puedo seguir yendo a mi proveedor si no forma parte de mi plan de salud?

Debería intentar elegir un PCP que se encuentre en la red de proveedores de su plan de salud. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita ayuda.

¿Cómo puedo cambiar mi Proveedor de Atención Primaria?

Lo ideal es mantenerse con el mismo PCP. Su PCP lo conoce, tiene sus registros médicos y sabe qué medicamentos toma. Su PCP es la mejor persona para asegurarse de que usted está recibiendo una buena atención médica. Llame a Servicios para Miembros para informarnos que desea cambiar su PCP.

¿Cuándo entrará en vigencia mi cambio de Proveedor de Atención Primaria?

El cambio de PCP entrará en vigencia el día posterior a la realización del cambio. Motivos por los que debería cambiar su PCP:

- Se ha mudado y necesita un PCP que esté más cerca de su domicilio
- No está satisfecho con su PCP

Cobertura de STAR+PLUS y Medicare

¿Cómo me afecta mi cobertura con UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS si tengo ambas coberturas Medicare y STAR+PLUS?

Si usted tiene Medicare y STAR+PLUS, usted tiene “doble elegibilidad”. Esto significa que usted tiene más de una cobertura médica. Sus beneficios con UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS no se reducirán o cambiarán ninguno de los beneficios que recibe de Medicare.

Como un miembro con “doble elegibilidad”, Medicare y STAR+PLUS, Medicare Parte D cubrirá el costo de sus medicamentos de receta. Su Coordinador de Servicios hará arreglos para sus cuidados con Medicare o con su HMO Medicare.

Si usted tiene una cobertura tradicional de Medicare, usted aun puede consultar con su doctor regular. Usted también podrá obtener cobertura de servicios por parte de Medicare, sin necesidad de obtener previa autorización de parte de UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS. Nosotros trabajaremos junto con su doctor a través de los servicios que usted obtiene por parte de UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS. Informa a su Coordinador de Servicios el nombre de su doctor de cabecera especialmente si usted cambia de doctores.

Nosotros podemos ayudarle a cambiar de doctores si usted tiene una cobertura tradicional de Medicare pero no tiene un doctor al que vea regularmente. Ese doctor podrá hacer arreglos para sus servicios con UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS y con Medicare.

Si usted se inscribe en un HMO Medicare, su Proveedor de Atención Primaria será el doctor que usted ha escogido a través de su HMO Medicare. Usted no tiene que escoger a otro Proveedor de Atención Primaria para UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS. Su doctor de Medicare podrá trabajar a través de su Coordinador de Servicios de UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS para obtener servicios con STAR+PLUS. Asegúrese de informar a su Coordinador de Servicios cual es el nombre de su Proveedor de Atención Primaria de Medicare.

Planes de incentivos para doctores

UnitedHealthcare Community Plan premia a los doctores cuyos tratamientos son económicos para las personas cubiertas por Medicaid. Usted tiene el derecho de saber si su Proveedor de Atención Primaria (doctor de cabecera) participa en el plan de incentivos para doctores. También tiene el derecho de saber cómo funciona el plan. Puede llamar gratis al **1-888-887-9003** para más información.

¿Qué es la coordinación de servicios?

Son servicios especializados/procesos para los cuidados de salud que incluyen, pero no están limitados a:

- Identificación de las necesidades físicas, mentales o de salud a largo plazo del miembro
- Enfoque a las necesidades especiales del miembro que pueden mejorar los resultados y su salud y bienestar
- Prestando asistencia al miembro para asegurar y coordinar a tiempo el acceso a diversos servicios y/o servicios que sean elegibles para cobertura por Medicaid
- Asociación con casas de reposo con servicios de enfermería para asegurar los mejores resultados posibles para la salud y seguridad del miembro
- Coordinación de la prestación de servicios a los miembros que se encuentran en transición para el retorno a la comunidad

¿Quién es un Coordinador de Servicios?

A usted se le asignará un Coordinador de Servicios cuando se inscriba en UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS. Su Coordinador de Servicio le llamará por teléfono o le visitará en persona para hablar acerca de las necesidades que cubren sus cuidados de salud e informarle a usted acerca de los servicios que puede obtener. Él o ella le harán preguntas acerca de su salud. Por favor, sea honesto y franco. Su Coordinador de Servicio mantendrá en confidencia todo lo que usted le diga. Su Coordinador de Servicio puede ayudarle en lo siguiente:

- Coordinar sus cuidados de salud con su Proveedor de Atención Primaria
- Ayudarle con cualquier servicio médico, de salud mental, y con Servicios y apoyo a largo plazo
- Ayudarle a resolver cualquier problema con sus proveedores o con sus cuidados médicos
- Encontrar la forma en que usted pueda vivir en su propia casa o en el entorno de sitios en la comunidad
- Explicarle cuales son las opciones de servicios y acomodaciones que usted tiene

¿Qué es la coordinación de servicios y que puede un Coordinador de Servicios hacer por mí?

La Coordinación de Servicios es un servicio por parte de UnitedHealthcare Community Plan que le provee ayuda para su salud y bienestar. Un Coordinador de Servicios revisará, planeará y le ayudará para que usted obtenga los cuidados de salud que necesita.

¿Cómo puedo ponerme en contacto con un Coordinador de Servicios?

Para ponerse en contacto con un Coordinador de Servicios, busque el número telefónico en su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para contactar a un Coordinador de Servicios. Para las personas sordas y con problemas de audición, llame empleando TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Qué otros programas se encuentran disponibles para ayudarme a controlar mi enfermedad crónica?

Nosotros tenemos programas para el manejo de la enfermedad que ayudan a nuestros miembros con enfermedades crónicas tales como:

- Diabetes
- Asma
- Insuficiencia cardíaca
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica o EPOC (COPD en inglés)
- Enfermedad de las arterias coronarias
- Obesidad

Los miembros dentro de esos programas reciben recordatorios acerca de los cuidados y consejos de parte de una enfermera. Si usted tiene necesidades especiales o necesita ayuda con el control de una enfermedad crónica, llame al **1-888-887-9003** para ponerse en contacto con un Coordinador de Servicios.

¿Sabía que usted puede escoger a la persona que le otorga sus cuidados de salud?

UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a administrar los servicios que se brindan en su propia casa. El programa de Servicios Dirigidos por el Consumidor (Consumer Directed Services – CDS) es un programa para las personas con servicios de proveedores o encargados auxiliares. Con este programa, usted da empleo y entrena a sus proveedores o encargados auxiliares. Así mismo, usted puede también revisar los presupuestos para estos servicios. Usted decide cuanto es lo que pagará a las personas que le proporcionan estos servicios. Usted decide cuanto desea gastar en suministros y equipos que va a necesitar. Usted puede designar a la persona que va administrar esos servicios para usted. Si usted escoge este programa, una agencia le entrenará en lo que usted tiene que hacer. La misma agencia se encargará de manejar la nomina para cubrir estos servicios.

Para ir al doctor

Si usted escoge la opción de tener CDS, usted es el empleador. Puede dar empleo, despedir y administrar a sus propios proveedores de los servicios de salud. Esto incluye a su propio personal que le proporciona atención, al personal suplente cuando sea necesario y a los proveedores dentro y fuera de su casa que le permiten obtener descanso temporal para los proveedores regulares y proveedores de rehabilitación. Usted puede tener el control sobre la manera en que los fondos de su programa son gastados en salarios y beneficios para sus empleados. Usted escoge a la agencia CDS para que maneje los servicios fiscales por usted. Como empleador, usted necesita hacer arreglos para el pago de los impuestos de empleo. Usted necesitará pagar a sus empleados de los fondos de su programa. Su agencia CDS le ofrecerá a usted este servicio.

¿Porqué querría yo escoger a CDS?

Cuando usted emplea a sus propios empleados, usted a menudo encontrará a las personas que usted prefiere que trabajen para usted. Dentro de los presupuestos permitidos por del servicio, usted puede determinar el sueldo y beneficio para esos empleados. Usted puede emplear de nuevo a los empleados en aquellas ocasiones cuando los empleados regulares que tenga no puedan trabajar. Usted puede dar beneficios como días de vacaciones, y bonos. Usted escoge a una agencia CDS (CDSA) para que se encargue de llevar la nomina y de pagar los impuestos federales y estatales.

¿Cómo funciona CDS?

Usted escoge el Administrador de los Servicios Directos del Consumidor (CDSA) para que lleven a cabo el pago de la nomina y para que actúen como sus agentes para pagar los impuestos. CDSA le ayuda a usted a formular un presupuesto. En algunos programas, CDSA le ofrece orientación en el empleo de los trabajadores, los salarios, beneficios y costos administrativos.

¿Cuáles son los servicios que pueden ser auto-dirigidos y en qué programas?

Programa	Servicios
Programa de exención de STAR+PLUS (Waiver Program antes conocido como Alternativas Basadas en la Comunidad – Community Based Alternatives)	Servicios de asistencia personal/supervisión de protección, relevo, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla/lenguaje, servicios de enfermería, consulta de apoyo, asistencia de empleo/empleo con apoyo, terapia de rehabilitación cognitiva
Cuidados primarios en casa/servicios de asistente en la comunidad	Servicios de asistencia personal Consulta sobre el apoyo

Póngase en contacto con su Coordinador de Servicio de UnitedHealthcare Community para recibir ayuda para escoger la mejor opción. Él o ella le podrá orientar de cuáles son los servicios que usted puede obtener. Llame al **1-888-887-9003** o para las personas sordas y con problemas de audición, llame empleando TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Qué sucede si necesito consultar con un médico especial (especialista)?

Su PCP podría solicitar que usted visite a un médico especial (especialista) en ciertas necesidades de atención médica. A pesar de que su PCP se puede encargar de la mayoría de sus necesidades de atención médica, en ocasiones, puede solicitarle que visite a un especialista para recibir atención. El especialista está capacitado y tiene más experiencia en la atención de ciertas afecciones médicas, enfermedades y lesiones. UnitedHealthcare Community Plan cuenta con muchos especialistas que trabajarán con usted y su PCP para atender sus necesidades.

¿Qué es una referencia?

Su PCP hablará con usted sobre sus necesidades y lo ayudará a planificar una consulta con un especialista que le brinde la mejor atención que necesita. Esto se llama una referencia. Su médico es la única persona que le puede otorgar una referencia para que consulte con un especialista. Si realiza una visita o recibe servicios de un especialista sin la referencia de su PCP o si el especialista no es un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan, usted podría ser responsable de pagar la factura. En algunos casos, un obstetra/ginecólogo también le puede otorgar una referencia para servicios relacionados.

¿Qué servicios no necesitan una referencia?

NO necesita una referencia para:

- Servicios de emergencia
- Atención de un obstetra/ginecólogo
- Servicios de salud conductual
- Servicios oftalmológicos de rutina
- Servicios odontológicos de rutina

Comuníquese con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para determinar si necesita una referencia.

Para ir al doctor

¿Cuánto debo esperar para visitar a un especialista?

En algunas situaciones, es posible que el especialista lo atienda inmediatamente. Según la necesidad médica, es posible que tenga que esperar algunas semanas para su cita con el especialista.

¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?

Usted tiene derecho a solicitar una segunda opinión de un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan si no está satisfecho con el plan de atención brindado por el especialista. Su Proveedor de Atención Primaria debería poder otorgarle una referencia para realizar una consulta y obtener una segunda opinión. Si su médico necesita que usted consulte con un especialista que no es un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan, esa visita deberá ser aprobada por UnitedHealthcare Community Plan. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para recibir asistencia sobre cómo obtener una segunda opinión.

Previa autorización

En algunos casos, su proveedor debe obtener el permiso del plan de salud antes de brindarle un determinado servicio. A esto se le llama autorización previa. Esta es la responsabilidad de su proveedor. Si no obtienen la autorización previa, no podrá obtener esos servicios.

No necesita autorización previa para los servicios de imágenes avanzados que se llevan a cabo en una sala de emergencias, una unidad de observación, un centro de atención de urgencia o durante una estadía como paciente hospitalizado. No necesita autorización previa para emergencias. No necesita autorización previa para consultar a un proveedor de atención médica para mujeres para obtener servicios de salud para mujeres o si está embarazada o recibe chequeos médicos de Texas Health Steps (Pasos Sanos de Texas) para miembros menores de 21 años. Los servicios de emergencia no requieren autorización previa.

Puede ser necesaria una autorización previa

Algunos servicios que necesitan autorización previa incluyen:

- Admisiones de hospital
- Ciertos procedimientos de imágenes para pacientes ambulatorios, incluidos los procedimientos de imágenes por tomografía por emisión de positrones (TEP)
- Algunos servicios de equipos médicos duraderos
- Algunos medicamentos recetados
- Cirugía de adelgazamiento
- Terapia física, del habla y ocupacional
- Cardiología
- Transporte en ambulancia que no es de emergencia

Todos los servicios no par requieren una autorización previa.

¿Cómo puedo obtener ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental) o problemas de alcohol o drogas? ¿Necesito una referencia para esto?

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de atención de salud conductual y abuso de sustancias médicamente necesarios. Si tiene problemas de drogas o está muy molesto por algún motivo, puede recibir ayuda. Llame al **1-888-887-9003** para recibir asistencia. No necesita una referencia para estos servicios.

Habrán personas disponibles que pueden hablarle en español e inglés. Si necesita ayuda con otros idiomas, infórmeles al respecto. Servicios para Miembros lo conectará con la Línea de idiomas de AT&T y responderá sus preguntas. Llame a TDD/TTY: 7-1-1, para personas sordas y con problemas de audición.

En caso de emergencia, siga las instrucciones proporcionadas por su centro de enfermería. El personal de la instalación se comunicará con las autoridades apropiadas para coordinar el transporte y/o los servicios de emergencia.

¿Necesito una referencia?

No necesita una referencia para estos servicios.

¿Tiene preguntas? Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.UHCCommunityPlan.com), 24
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Cuáles son los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental y de Administración de Casos Escogidos de Salud Mental? ¿Cómo puedo obtener esos servicios?

Los servicios de Rehabilitación de Salud Mental son un programa basado en la comunidad. Estos servicios se proveen a personas que tienen problemas con su salud mental. Usted aprenderá nuevas actividades. Estas nuevas actividades le ayudarán a crear nuevas habilidades y fortaleza individual. Estas nuevas actividades le ayudarán durante una crisis. Su proveedor de salud mental evaluará las necesidades que tenga para estos servicios. Estos servicios pueden proveerse al mismo tiempo que se proveen otros servicios de salud mental.

El programa de Administración de Casos Escogidos de Salud Mental está basado en la comunidad. Estos servicios se proveen a personas que tienen problemas con su salud mental. Su proveedor de salud mental le asignará a un miembro del equipo. Esta persona será su administrador del caso. Su administrador de caso trabajará con usted para encontrar los servicios o recursos existentes en su área que pueden ayudarle. El administrador de caso puede acudir a su casa. Usted también puede verles en sus oficinas. Estos servicios pueden proveerse al mismo tiempo que se proveen otros servicios de salud mental.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que necesita. El doctor le prescribirá un medicamento para usted y mandará la receta por teléfono, fax o por otro medio electrónico hasta su casa de reposo para que se ordene, le surtan, le entreguen y le administren el medicamento.

¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?

Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que reciba un suministro de emergencia para tres días. Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos.

¿Qué sucede si yo tengo también Medicare?

Medicare o su Plan de Salud Medicare paga los servicios que reciba antes que UnitedHealthcare Community Plan pague. UnitedHealthcare Community Plan puede cubrir el costo de algunos de los servicios que Medicare no cubre para los miembros de STAR+PLUS. Los medicamentos con receta se cubren a través del programa Vendor Drugs de Medicaid o Medicaid Part D.

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

Si usted no sigue las reglas de Medicaid, puede que le asignen al Programa Lock-in. Este programa revisa cómo utiliza los servicios de farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid no cambian. Cambiar a una MCO diferente no cambiará el estado de Lock-in.

Para evitar ser puesto en el programa de Lock-in de Medicaid:

- Escoja una farmacia en particular y úsela todo el tiempo
- Asegúrese de que su doctor de cabecera, dentista primario o los especialistas a los que le envían, sean los únicos doctores que le receten medicamentos
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes doctores

Para más información, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿A quién necesito llamar si tengo necesidades especiales de cuidados para la salud y necesito de alguien que me ayude?

Si usted tiene necesidades especiales de cuidados para la salud, tales como una enfermedad seria actualmente, una discapacidad o condiciones crónicas o complejas, por favor llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para que le ayuden con sus necesidades especiales.

¿Qué sucede si necesito recibir atención de un obstetra/ginecólogo? ¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo? ¿Necesito una referencia?

Aviso importante para la mujer: UnitedHealthcare Community Plan le permite escoger a cualquier gineco-obstetra (OB/GYN), esté o no en la misma red que su Proveedor de Atención Primaria.

Usted tiene el derecho de escoger a un gineco-obstetra sin un envío a servicios su PCP. Un gineco-obstetra le puede brindar:

- Un examen preventivo para la mujer cada año
- Atención relacionada con el embarazo
- Tratamiento de los problemas médicos de la mujer
- Envíos para ver a un especialista de la red

Puede obtener los servicios de OB/GYN que brinda su médico. También puede elegir un especialista en OB/GYN para que se encargue de sus necesidades de salud femeninas. Un OB/GYN puede ayudarla con su atención durante el embarazo, los chequeos anuales o sus problemas femeninos.

NO necesita una referencia de un médico para recibir estos servicios. Su obstetra/ginecólogo y su médico trabajarán en conjunto para asegurar que usted reciba la atención que necesita.

¿Puedo conservar mi obstetra/ginecólogo aunque no pertenezca a UnitedHealthcare Community Plan?

Si usted está más allá de la semana 24 de su embarazo, usted puede seguir viendo a su OB/GYN actual a través del control posparto, incluso si el proveedor está fuera de la red. Si desea cambiar a un OB/GYN dentro de la red, se le permite que lo haga si el proveedor está de acuerdo en aceptarla en el último trimestre de su embarazo. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan llamando al **1-888-887-9003**. UnitedHealthcare Community Plan hará los arreglos necesarios para que continúe el tratamiento con el obstetra/ginecólogo que la ha estado atendiendo. El médico también puede comunicarse con UnitedHealthcare Community Plan para ver si puede convertirse en uno de nuestros proveedores.

Si no está embarazada ni está en los últimos 3 meses de embarazo, puede elegir cualquier obstetra/ginecólogo dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Si consulta con un médico que no está en nuestra red, es posible que usted tenga que pagar los gastos. Si necesita una lista de proveedores, llame a Servicios para Miembros. Puede llamarnos al **1-888-887-9003** para obtener ayuda para elegir un obstetra/ginecólogo.

27 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/communityplan), o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Cómo elijo a un obstetra/ginecólogo?

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para ayuda en elegir a un OB/GYN. También puede pedir un directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan llamando a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, o puede buscar en línea en UHCommunityPlan.com.

Si no elijo un obstetra/ginecólogo, ¿tengo acceso directo?

Sí. Si su obstetra/ginecólogo no es su PCP, puede seguir recibiendo todos los servicios que necesita de su obstetra/ginecólogo, incluidos los servicios de planificación familiar, obstetricia y los servicios y procedimientos de rutina de ginecología.

¿Necesitaré una referencia para obtener los servicios de un obstetra/ginecólogo?

No, no necesita una referencia para servicios de un OB/GYN.

¿Qué tan pronto puedo recibir atención después de contactarme con mi obstetra/ginecólogo para una cita?

Si necesita recibir atención prenatal, su médico la debería atender dentro de las dos semanas de su solicitud.

¿Cómo concierto citas?

Si necesita recibir atención, llame a su PCP. Su PCP hará los arreglos para satisfacer sus necesidades de atención. Encontrará el nombre y número de teléfono de su PCP en su tarjeta de ID de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué debo llevar a mi cita?

Cuando vaya a su cita, siempre lleve su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan, su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid, una lista de los problemas que tiene y una lista de todos los medicamentos que toma o de los tratamientos con plantas medicinales que sigue.

¿Cómo obtengo atención médica después del horario de cierre del consultorio de mi proveedor de atención primaria?

Si el consultorio de su PCP está cerrado, su PCP le brindará un número al que lo puede llamar las 24 horas y los fines de semana. Es mejor llamar a su PCP tan pronto como necesite atención. No espere hasta la noche o el fin de semana para llamar a su PCP si puede obtener ayuda durante el día. Su enfermedad podría empeorar a medida que pasa el día. Si se enferma durante la noche o el fin de semana, y no puede esperar para obtener ayuda, llame a su PCP al número de teléfono que se incluye en el frente de su tarjeta de identificación. Si no se puede comunicar con su PCP o si desea hablar con alguien mientras espera que su PCP lo llame, llame a la línea de enfermería NurseLine al **1-888-887-9003** para hablar con una enfermera. Nuestras enfermeras se encuentran a su disposición para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si cree que verdaderamente tiene una emergencia, llame al 9-1-1 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué hago si me enfermo cuando me encuentro fuera de la institución o estoy viajando fuera de la ciudad?

Si necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al **1-888-887-9003** y le ayudaremos a encontrar a un doctor.

Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis al **1-888-887-9003**.

¿Qué sucede si estoy fuera del estado?

Si tiene una emergencia fuera del estado, diríjase a la sala de emergencias más cercana para recibir atención. Si se enferma y necesita recibir atención médica cuando está fuera del estado, llame a su PCP de UnitedHealthcare Community Plan. Su PCP puede indicarle lo que necesita hacer si no se siente bien.

Para que el médico o la clínica que lo atienden fuera del estado puedan recibir el pago, estos deben estar inscritos en Texas Medicaid. Muéstreles su tarjeta de identificación de Your Texas Benefits Medicaid y la de UnitedHealthcare Community Plan antes de que lo atiendan. Solicite al médico que llame a UnitedHealthcare Community Plan para obtener un número de autorización. Encontrará dicho número de teléfono en la parte posterior de su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto tenga su nueva dirección, infórmesela a la oficina local de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios llamando al 2-1-1 y al departamento de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan llamando al **1-888-887-9003**. Antes de recibir los servicios de Medicaid en su nueva área, debe llamar a UnitedHealthcare Community Plan, excepto que necesite recibir servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención a través de UnitedHealthcare hasta que la Comisión de Salud y Servicios Humanos cambie su dirección.

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda de STAR+PLUS al 1-800-964-2777. Puede cambiar los planes de salud tan a menudo como desee, pero no más de una vez al mes. Si está en el hospital, un centro de tratamiento residencial para trastornos por uso de sustancias (SUD), o centro residencial de desintoxicación para SUD, no puede cambiar de plan de salud hasta que lo den de alta.

¿A quién llamo?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda de Texas STAR+PLUS al 1-800-964-2777.

¿Cuántas veces puedo cambiar los planes de salud?

Puede cambiar los planes de salud tantas veces como lo desee, pero no más de una vez al mes.

¿Cuándo entrará en vigor mi cambio de planes de salud?

Si llama para cambiar de plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio entrará en vigor el día primero del mes siguiente. Si llama después del 15 del mes, el cambio entrará en vigor el día primero del segundo mes siguiente. Por ejemplo:

- Si llama el día 15 de abril o antes, el cambio entrará en vigor el 1 de mayo
- Si llama después del 15 de abril, el cambio entrará en vigor el 1 de junio

Para ir al doctor

¿UnitedHealthcare Community Plan me puede pedir que me retire de su plan de salud (por falta de cumplimiento, etc.)?

Sí. UnitedHealthcare Community Plan podría solicitar que se retire a un miembro del plan por “causas justas”. Algunas “causas justas” podrían ser, entre otras, las siguientes:

- Fraude o abuso por parte de un miembro
- Amenazas o actos físicos que provocan daño al personal o a los proveedores de UnitedHealthcare Community Plan
- Robo
- Falta de cumplimiento de las políticas y los procedimientos de UnitedHealthcare Community Plan, como:
 - Permitir que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro;
 - No asistir a las visitas en varias oportunidades;
 - Demostrar un comportamiento descortés o reaccionar de mala manera hacia un proveedor o hacia el personal; o
 - Seguir visitando a un médico que no es un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan no le pedirá que abandone el programa sin intentar llegar a un acuerdo con usted. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. La Comisión de Servicios Humanos y de Salud de Texas decidirá si se le puede solicitar a un miembro que abandone el programa.

Servicios de idiomas e intérpretes

UnitedHealthcare Community Plan tiene personal que hablan inglés y español. Si usted habla otro idioma o tiene problemas de audición y necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** o TDD/TTY: **7-1-1** para personas sordas y con problemas de audición. También puede comunicarse con su Coordinador de Servicios llamando al **1-888-887-9003**.

¿Puede alguien brindarme servicios de intérprete cuando hablo con mi médico? ¿A quién debo llamar para conseguir un intérprete? ¿Con cuánto tiempo de anticipación debo llamar?

Tiene derecho a hablar con su médico en el idioma que prefiera. UnitedHealthcare Community Plan puede coordinar los servicios de un intérprete para usted. Llame al **1-888-887-9003** si necesita un traductor. Llame a TDD/TTY: **7-1-1** para personas sordas y con problemas de audición. Llame tan pronto como programe la cita o, al menos, 24 horas antes.

31 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona, en el consultorio del proveedor?

Los intérpretes pueden dirigirse al consultorio de su médico y ayudarlo a hablar con su médico personalmente en el idioma que prefiera. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener más información.

¿Qué significa “medicamente necesario”?

1. Para los miembros mayores de 20 años, servicios para la salud no relacionados con la salud mental y abuso de sustancias que:
 - a. Son razonables y necesarios para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o para tratar padecimientos médicos que provoquen dolor o sufrimiento, para prevenir enfermedades que causen deformaciones del cuerpo o que limiten el movimiento, que causen o empeoren una discapacidad, que provoquen enfermedad o pongan en riesgo la vida del miembro;
 - b. Se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro;
 - c. Cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;
 - d. Son consistentes con el diagnóstico de la condición;
 - e. Son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;
 - f. No son experimentales ni de estudio; Y
 - g. No son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor; y
2. Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud conductual que:
 - a. Son razonables y se necesitan para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o para evitar que los problemas de salud mental empeoren;
 - b. Cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias;
 - c. Se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo y en donde hay un ambiente seguro;
 - d. Se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;
 - e. No se pueden negar sin verse afectada la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada;
 - f. No son experimentales ni de estudio; Y
 - g. No son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

Para ir al doctor

UnitedHealthcare Community Plan solamente determinará la necesidad médica para obtener los Servicios Extras y Servicios para Cuidados de Salud Críticos en una casa de reposo con servicios de enfermería. Los Servicios Extras en una casa de reposo con servicios de enfermería incluyen, pero no están limitados a, emergencias dentales, servicios de rehabilitación ordenados por un doctor, sillas de ruedas motorizadas y aparatos de audio-comunicación.

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Atención médica de emergencia

La atención médica de emergencia se presta para los padecimientos médicos y de salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia.

Padecimiento médico de emergencia significa:

Un padecimiento médico que se manifiesta con síntomas agudos de tal severidad (incluso dolor muy fuerte) que la persona prudente, que tenga conocimientos promedio sobre la salud y la medicina, podría deducir que la falta de atención médica inmediata podría tener como resultado lo siguiente:

1. Poner en grave peligro la salud del paciente;
2. Ocasionar problemas graves en las funciones corporales;
3. Ocasionar disfunción grave de algún órgano vital o parte del cuerpo;
4. Causar desfiguración grave; O
5. En el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud de la mujer o del feto.

Padecimiento de salud mental y abuso de sustancias de emergencia significa:

Cualquier padecimiento, sin importar la naturaleza o causa del padecimiento, que según la opinión de una persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina:

1. Requiera intervención o atención médica inmediata, sin la cual el miembro podría representar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas; O
2. Hace que el miembro sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones.

Servicios de emergencia y Atención de emergencia significan:

Servicios cubiertos de paciente interno y externo que brinda un proveedor certificado para prestar esos servicios y que se necesitan para valorar o estabilizar un padecimiento médico o de salud mental y abuso de sustancias de emergencia, entre ellos, los servicios de atención de pos-estabilización.

33 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhccommunityplan.com), o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Qué tan pronto puedo esperar recibir atención?

El tiempo de espera de las emergencias dependerá de sus necesidades médicas y está determinado por el centro de emergencias que lo atienda.

¿Necesito una autorización previa?

No se necesita una referencia o autorización previa para cuidados de emergencia.

¿Qué es la pos-estabilización?

Los servicios de atención de pos-estabilización son servicios cubiertos por Medicaid que lo mantienen en un estado estable después de recibir atención médica de emergencia.

¿Qué es la atención médica de rutina y qué tan pronto puedo esperar recibir atención?

Si necesita un cheque físico, la visita es de **rutina**. Su médico deberá atenderlo dentro de los 14 días. UnitedHealthcare Community Plan con gusto lo ayudará a concertar una cita, solo llámenos al **1-888-887-9003**.

Recuerde: Es mejor consultar a su médico **antes** de enfermarse, para poder crear una relación con él. Es mucho más fácil llamar a su médico por problemas médicos si este ya lo conoce.

Usted deberá ver a un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan para atención de urgencia y de rutina. Puede comunicarse siempre con UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** si necesita ayuda para elegir a un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?

UnitedHealthcare Community Plan cubre servicios limitados dentales de emergencia para lo siguiente:

- Luxación mandibular
- Traumatismo de los dientes y estructuras de soporte
- Extracción de quistes
- Tratamiento de abscesos bucales provenientes de los dientes o las encías
- Medicamentos para cualquiera de los padecimientos anteriores

¿Tiene preguntas? Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.UHCCommunityPlan.com), 34
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: 7-1-1.

Para ir al doctor

UnitedHealthcare Community Plan también cubre los servicios dentales proporcionados a los miembros de Medicaid en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio. Pagaremos por el hospital, el médico y servicios médicos relacionados (por ejemplo, anestesia y medicamentos).

Los procedimientos para emergencias dentales cubiertos incluyen, pero no se limitan a:

- Alivio de un dolor intenso en la cavidad bucal, asociado con una infección de carácter serio o con inflamación;
- Reparación del daño por la pérdida de un diente debido a trauma (solo para los cuidados inmediatos, no de carácter restaurativo);
- Reducción de fracturas simples o compuestas (abiertas o cerradas) del maxilar o de la mandíbula;
- Reparación de laceraciones dentro o alrededor de la cavidad bucal;
- Excisión de tumores, incluyendo los benignos, malignos, lesiones pre-malignas y quistes;
- Incisión y drenaje de celulitis;
- Terapia de conducto radicular. El pago está sujeto a la revisión de la necesidad dental y a las radiografías pre- y post-operatorias requeridas; y
- Extracciones: por un solo diente, permanente; un solo diente primario; dientes supernumerarios; impacción de tejido suave; impacción parcial de hueso; impacción completa de hueso; extracción quirúrgica de diente en erupción o extracción de la cima de un diente residual.

¿Se cubren servicios dentales que no sean de emergencia?

UnitedHealthcare Community Plan no es responsable por el pago de servicios dentales de rutina que se proveen a los miembros elegibles para Medicaid. Sin embargo, UnitedHealthcare Community Plan es responsable de pagar el tratamiento y los dispositivos para anomalías craneofaciales.

¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica?

Si necesita servicios de atención oftalmológica, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. Podemos ayudarle a encontrar un proveedor cercano a su domicilio.

Beneficios y servicios

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?

UnitedHealthcare Community Plan STAR+ PLUS cubre los servicios médicamente necesarios especificados. Esta lista incluye algunos de sus beneficios de cuidados de salud:

- Servicios de ambulancia
- Servicios de audiolología, incluyendo audífonos, para adultos y niños
- Servicios de salud del comportamiento
- Servicios de psiquiatría
- Servicios de consejería para adultos
- Servicios de tratamiento para trastornos del uso de sustancias
- Cuidados prenatales
- Servicios de maternidad
- Servicios de detección del cáncer, diagnóstico, y tratamiento
- Servicios quiroprácticos
- Diálisis
- Equipo médico duradero y suministros.
- Intervención de la Primera Infancia (ECI)
- Servicios de emergencia
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de atención médica en el hogar
- Servicios hospitalarios, ambulatorios y hospitalarios
- Laboratorio
- Mastectomía, reconstrucción de senos y los procedimientos de seguimiento relacionados
- Exámenes médicos y servicios del Programa de Atención Integral (CCP) para los niños a través del programa Pasos Sanos de Texas (Texas Health Steps)
- Evaluación oral y tratamiento de flúor en la Casa de Salud en conjunto con una revisión médica de Texas Health Steps para los niños de 6 meses a 35 meses de edad
- Optometría, anteojos y lentes de contacto, si es médicamente necesario
- Medicamentos para pacientes ambulatorios y productos biológicos
- Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un hospital

¿Tiene preguntas? Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/community-plan), 36
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Beneficios y servicios

- Podología
- Cuidados prenatales
- Servicios de atención primaria
- Servicios preventivos incluyendo un examen de bienestar de adulto para los pacientes de 21 años de edad o más
- Radiología, imágenes y rayos X
- Servicios de médicos especiales
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Trasplante de órganos y tejidos
- Visión

¿Cómo obtengo estos servicios?

Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Existen limitaciones para algún servicio cubierto?

Puede haber limitaciones para algunos de los servicios cubiertos. Si desea conocer más detalles, contacte a Servicios para Miembros en el **1-888-887-9003**.

¿Qué son los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS)?

Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS) son servicios prestados por profesionales de la salud que ofrecen servicios directos en el hogar y basados en la comunidad para las personas de edad avanzada y personas con discapacidades. Póngase en contacto con Servicios para Miembros **1-888-887-9003** para pedir estos servicios.

¿Cuáles son mis servicios y apoyos de largo plazo en una institución de enfermería?

Los miembros recibirán los servicios que se cubren por las casas de reposo con servicios de enfermería por los precios del diario, fijados por la casa de reposo. Los servicios extras dentro de la casa de reposo con servicios de enfermería son también provistos cuando sean médicamente necesarios y estos son cubiertos por afuera de los precios del diario que se han fijado.

¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número hablo para obtener información acerca de estos servicios?

Llame a su Coordinador de Servicios de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

37 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/community-plan), o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Cómo cambiarían mis beneficios si me mudo a la comunidad?

Los miembros que vuelven a vivir en la comunidad recibirán los servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad o los servicios de Exención STAR+PLUS, incluyendo:

Servicios a largo plazo basados en la comunidad para todos los miembros

- Servicios de Ayudante Personal
- Servicios de actividades diurnas y de salud

Servicios de Exención de HCBS STAR+PLUS para los miembros que califican para estos servicios

- Servicios de Ayudante Personal (incluyendo tres opciones de entrega de servicios: auto-dirigido; modelo de agencia auto-dirigido, y modelo de agencia)
- Servicios de descanso en el hogar o fuera del hogar
- Servicios de enfermería (en casa)
- Servicios de respuesta de emergencia (botón de llamada de emergencia)
- Comidas suministradas a domicilio
- Ayudas para la adaptación y equipo médico
- Suministros médicos no disponibles a través del plan de Medicaid del estado de Texas/Exención 1115 del programa de Texas Healthcare Transformation and Quality Improvement (THTQIP)
- Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla
- Actividades diurnas para la salud (DAHS)
- Cuidado temporal de adulto
- Residencia asistida
- Servicios de asistencia de transición
- Servicios dentales
- Terapia de rehabilitación cognitiva
- Servicios de administración financiera
- Consulta de apoyo
- Asistencia de empleo
- Empleo con apoyo

¿Cuáles son mis beneficios de cuidados intensivos?

Los servicios médicamente necesarios que cubre UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS se enumeran a continuación. Los hospitales de la red de STAR+PLUS le darán todos los artículos y servicios necesarios cuando los solicite su médico. Estos servicios incluyen, pero no se limitan a:

- Servicios de ambulancia
- Servicios de audiología, incluyendo aparatos para la audición
- Servicios de salud mental, incluyendo:
 - Servicios de salud mental para el paciente adulto o niños hospitalizados. El MCO puede proveer estos servicios en un hospital psiquiátrico autónomo en lugar de hacerlo en un hospital para cuidados intensivos.
 - Los servicios para la salud mental de un paciente ambulatorio para adultos o niños
 - Servicios de psiquiatría
 - Servicios de asesoramiento para adultos (de 21 años y mayores)
 - Servicios para el tratamiento de desórdenes por el abuso de sustancias
- Servicios para pacientes ambulatorios, incluyendo:
 - Evaluación
 - Servicios de desintoxicación
 - Tratamientos por asesoramiento
 - Terapia asistida para los medicamentos
 - Servicios residenciales, que pueden proveerse en un establecimiento para el tratamiento de las dependencias a sustancias químicas en lugar de un hospital para dar tratamientos intensivos de cuidados para la salud a pacientes hospitalizados, estos tratamientos incluyen servicios de desintoxicación
 - Tratamientos para los desórdenes por el uso de sustancias (incluyendo la habitación y alimentos)
- Cuidados prenatales provistos por un doctor, una enfermera partera certificada (CNM), una enfermera practicante (NP), una enfermera clínica especializada (CNS) y asistentes de doctor (PA) en un centro de nacimiento licenciado
- Servicios de nacimiento provistos por un doctor y una CNM en un centro de nacimiento licenciado
- Servicios de nacimiento provistos por un centro de nacimiento licenciado
- Pruebas para detectar el cáncer, diagnóstico y servicios de tratamiento
- Servicios de quiropráctica
- Diálisis

- Equipo médico durable y suministros
- Servicios para la intervención temprana para niños (ECI)
- Servicios de emergencia
- Servicios de planeación en el hogar
- Servicios para los cuidados de salud en el hogar
- Servicios de hospital, pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Laboratorio
- Mastectomías, reconstrucción de las mamas, así como otros procedimientos de seguimiento, incluyendo:
 - Servicios para pacientes ambulatorios en el hospital y en centros de los cuidados de salud que sean clínicamente apropiados para pacientes ambulatorios; y servicios profesionales provistos en una oficina de doctor para pacientes hospitalizados y ambulatorios para casos como:
 - Todas las fases de la reconstrucción de mama(s), en las cuáles hay una necesidad médica para un procedimiento de mastectomía;
 - Cirugía y reconstrucción en el otro seno para obtener una apariencia simétrica;
 - Tratamiento de las complicaciones físicas de una mastectomía y el tratamiento de limfedemas (acumulación de linfa en el tejido); y
 - Mastectomías profilácticas para prevenir el desarrollo del cáncer.
 - Prótesis externas de la(s) mama(s) cuando un procedimiento de mastectomía ha sido necesario
- Revisiones médicas y servicios del Programa comprensivo de los cuidados de salud (CCP) para niños (del nacimiento a los 20 años de edad) a través del programa Texas Health Steps
- Evaluación oral y barniz de fluoruro en el Hogar Médico junto con las revisiones médicas de Texas Health Steps para los niños de 6 meses a los 35 meses de edad
- Medicamentos y biológicos para pacientes ambulatorios; incluyendo aquellos que se dispensan por farmacias y los medicamentos y biológicos que son administrados por los proveedores
- Medicamentos y biológicos que son provistos para el paciente hospitalizado
- Podiatría
- Cuidados prenatales
- Servicios de atención primaria
- Servicios preventivos incluyendo una revisión médica preventiva para adultos, para pacientes que sean mayores de 21 años
- Radiología, toma de imágenes (MRI, SCANS)

Beneficios y servicios

- Servicios por doctores de especialidad
- Terapias — física, ocupacional y del habla
- Trasplante de órganos y tejidos
- Visión. (Incluyendo optometría y anteojos. Los lentes de contacto solo se cubren si son medicamente necesarios para una corrección de la visión que no puede ser corregida con lentes comunes y corrientes.)
- Telemedicina
- Telemonitoreo
- Telesalud

Nota: Para los miembros que solamente tienen Medicaid, UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS le ayudará con la transición a Medicare si se aprueba o la transición a Medicaid tradicional.

¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número hablo para obtener información acerca de estos servicios?

Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** si tiene preguntas en cómo obtener estos servicios.

¿Qué servicios no son beneficios cubiertos?

Si desea saber si un procedimiento o medicamento está cubierto conforme a STAR+PLUS, pregúntele a su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**. Llame a TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con problemas de audición.

- Dentaduras postizas
- Servicios o suministros no cubiertos por Medicaid
- Servicios o suministros brindados a un miembro después de descubrirse, después de una revisión, que estos servicios o suministros no son médicamente necesarios
- Servicios o suministros pagados por cualquier programa de beneficios de salud, por accidente y por el gobierno federal o por hospitales de servicios de salud públicos de EE. UU.
- Operaciones para cambio de sexo
- Reversión de esterilización auto-solicitado
- Servicios y suministros a cualquier persona que sea un interno de una institución pública
- Servicios de asesoramiento social y educativo (excepto la capacitación para padres)

41 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/community-plan), o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Qué servicios puedo yo aún obtener a través de Medicaid en forma regular pero que no están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan?

- La revisión de pre-admisión y la revisión de residente (PASRR). PASRR es el requerimiento federal que ayuda a determinar si un individuo no ha sido situado por error en una casa de reposo para recibir cuidados a largo plazo.
- Hospicio

¿Qué son mis beneficios de medicamentos recetados?

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus beneficios de medicamentos recetados. Para obtener más información, consulte la página 25 de este Manual para Miembros.

Nota: Para los Miembros No-Duales (Non-Dual) solamente.

Planificación familiar

¿Cómo puedo obtener servicios de planificación familiar? ¿Necesito una referencia?

Puede acudir a su PCP o a cualquier médico o clínica de planificación familiar que acepte Medicaid para que lo ayude con la planificación familiar. No necesita una referencia. Dígame a su PCP dónde asistirá, para que sus registros se mantengan actualizados. Los servicios de planificación familiar son muy privados. No debe preocuparse de que nadie se entere de que usted está realizando la planificación familiar.

Proveedores y agencias de planificación familiar no pueden requerir el consentimiento de los padres para que los menores de edad reciban servicios de planificación familiar.

¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?

Puede encontrar en Internet la dirección de los proveedores de planificación familiar cercanos en <http://www.dshs.texas.gov/famplan>, o puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

Otros detalles del plan

¿Qué beneficios adicionales recibo como miembro de UnitedHealthcare? ¿Cómo obtengo estos beneficios?

Servicios de valor agregado

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan también puede recibir servicios de valor agregado, además de los servicios tradicionales requeridos de Medicaid. Algunos de los servicios de valor agregado que ofrece UnitedHealthcare Community Plan son:

Servicios dentales extras para adultos

Los miembros reciben un beneficio de \$500 por año para cubrir:

- 2 exámenes orales de rutina y limpieza una vez cada 6 meses
- 1 radiografía de boca completa y 1 raspado/cepillado radicular, si es médicamente necesario

Los miembros también obtienen acceso a descuentos por servicios no cubiertos.

Términos: Debe emplearse un proveedor dentro de la red. Para miembros de 21 años y mayores. Solo para miembros de Medicaid (no Medicare).

Servicios para la visión extras

Los miembros reciben hasta \$105 cada dos años para cubrir:

- Una selección mejorada de armazones de anteojos y lentes
- Lentes de contacto en vez de anteojos
- Armazones y lentes dañados/perdidos

Términos: Debe emplearse un proveedor dentro de la red. Hasta \$105 cada dos años. Para miembros de 21 años y mayores. No se puede usar para un segundo par de anteojos o un par de repuesto. Solo para miembros de Medicaid (no Medicare).

Otros detalles del plan

Libros de actividades para adultos

Los miembros elegibles pueden obtener libros de actividades para adultos que incluyen la búsqueda de palabras, Sudoku y pintar de colores con un paquete de lápices de colores.

Términos: Incluye 1 paquete de libros por año fiscal. El miembro debe estar en una instalación dentro de la red. No se encuentra disponible para ingresos a los centros de enfermería especializada (SNF).

Paquete para la higiene dental

Los miembros elegibles pueden obtener hasta 4 paquetes de higiene dental por año. Como mínimo, cada paquete incluye:

- Un cepillo de dientes
- Pasta dental
- Hilo dental

Cobija

Los miembros elegibles en un centro de enfermería pueden obtener una cobija personal/de cama.

Términos: Incluye 1 cobija por año fiscal.

Paquete de bienvenida

Los miembros elegibles recibirán un paquete de bienvenida en los centros de enfermería cuando son admitidos a una instalación dentro de la red. Cada paquete tiene una bolsa reutilizable e incluye artículos como los siguientes:

- Facilitador para poner calcetines
- Gorra de baño
- Taza para café o una botella para agua
- Lupa con luz
- Lámpara nocturna

Términos: Incluye 1 paquete de bienvenida por año fiscal al ingresar a un centro dentro de la red. No se encuentra disponible para ingresos a los centros de enfermería especializada (SNF). El centro de enfermería debe ser un proveedor dentro de la red.

¿Cómo puedo obtener esos beneficios?

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** si usted tiene preguntas acerca de cómo obtener estos servicios.

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece UnitedHealthcare Community Plan?

UnitedHealthcare Community Plan puede remitirlo a clases de educación sobre la salud, como cursos para padres y clases para ayudar a dejar de fumar. Llame a su Coordinador de Servicios al **1-888-887-9003** para obtener más información acerca de educación sobre la salud.

¿Con qué otros servicios puede UnitedHealthcare Community Plan ayudarme?

El programa STAR+PLUS cubre los siguientes servicios. Otros proveedores fuera de la red de UnitedHealthcare Community Plan ofrecen estos servicios. Con gusto lo remitiremos a uno de estos proveedores si necesita este tipo de servicios:

- Administración de casos de embarazadas y bebés (CPW). Visite el sitio web a continuación para obtener más información: <http://www.dshs.state.tx.us/caseman/default.shtm>
- Medicamentos recetados
- Servicios de atención odontológica de Texas Health Steps
- Clínicas de la tuberculosis (TB)
- Servicios para mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC)
- Intervención en la niñez temprana (Early Childhood Intervention, ECI)
- Servicios brindados por médicos de hospitales federales o estatales
- Administración de casos de salud mental y retraso mental (Mental Health and Mental Retardation, MHMR)
- Evaluación diagnóstica de retraso mental (Mental Retardation Diagnostic Assessment, MRDA)
- Rehabilitación de salud mental
- Servicios de salud escolar y servicios relacionados de Texas (School Health and Related Services, SHARS)
- Comisión de Texas para ciegos (Texas Commission for the Blind, TCB)

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 46
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: 7-1-1.

Servicios para el transporte de UnitedHealthcare Community Plan para los residentes a las casas de reposo con servicios de enfermería

¿Cuáles son los servicios de transporte que se ofrecen?

Las casas de reposo con servicios de enfermería son responsables para proveer los servicios de transporte en situaciones que no sean de emergencia. Si el servicio de transporte es médicamente necesario, UnitedHealthcare Community Plan provee transporte que no es de emergencia por ambulancia. Transporte que no es de emergencia también está cubierto para viajes al tratamiento de diálisis y viajes al hogar para los miembros después de ser dados de alta de un centro de enfermería.

¿Cómo obtengo este servicio?

Para obtener servicio de transporte en una ambulancia para una situación que no sea de emergencia, su proveedor debe contactar a UnitedHealthcare Community Plan y solicitar autorización para estos servicios llamando al **1-888-887-9003**.

¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid pero la vuelve a tener dentro de seis (6) meses, recibirá los servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder la cobertura. También tendrá el mismo PCP de antes.

¿Qué sucede si recibo una factura de mi centro de enfermería? ¿A quién debo llamar? ¿Qué información necesitarán?

Si recibe una factura de un médico, hospital u otro proveedor de atención médica, pregunte por qué le están facturando. Su médico, proveedor de atención médica u hospital no pueden facturarle los servicios cubiertos y aprobados de Medicaid. Usted no tiene que pagar las facturas que debería pagar UnitedHealthcare Community Plan.

Si aun así recibe una factura, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener ayuda.

Cuando llame, asegúrese de tener frente a usted la factura. Deberá informar a Servicios para Miembros quién le envió la factura, la fecha del servicio, el monto y la dirección y el número de teléfono del proveedor.

¿Qué es un ingreso aplicado?

Es parte del ingreso personal del miembro que debe aportarse a la casa de reposo con servicios de enfermería, como parte de la participación obligatoria para cubrir los costos compartidos como beneficiario de Medicaid.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Cada vez que Medicaid recibe una factura de parte de la casa de reposo con servicios de enfermería, el miembro debe contribuir el ingreso aplicado a la casa de reposo. La cantidad se determina calculando el total del ingreso mensual del miembro, dividido entre el número de días que el miembro vive en la casa de reposo cada mes. Al miembro se le permite guardar \$60 para cubrir sus necesidades personales.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto sepa su nueva dirección, avise a la oficina local de beneficios de la HHSC y al departamento de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

Antes de recibir servicios de Medicaid en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a UnitedHealthcare Community Plan, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de UnitedHealthcare Community Plan hasta que la HHSC cambie su dirección.

¿Qué sucede si tengo otro seguro médico además de Medicaid?

Medicaid y el seguro privado

Usted tiene que avisar al personal de Medicaid sobre cualquier seguro médico privado que tenga.

Debe llamar a la línea directa de Medicaid de Recursos para Terceros y actualizar el expediente de su caso de Medicaid si:

- Le cancelan el seguro médico privado
- Consigue nueva cobertura de seguro
- Tiene preguntas generales sobre el seguro de terceros

Puede llamar gratis a la línea directa al 1-800-846-7307. Si tiene otro seguro, aun puede llenar los requisitos de Medicaid. Cuando usted le dice al personal de Medicaid que tiene otro seguro médico, asegura que Medicaid solo pague lo que el otro seguro médico no paga.

Importante: Los proveedores de Medicaid no pueden negarse a atenderlo porque tiene seguro médico privado además de Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también tienen que enviar una solicitud de pago a su compañía de seguro privado.

¿Puede mi proveedor de Medicare mandarme una factura para suministros o servicios si estoy en Medicare y Medicaid?

Usted no puede ser facturado por “costo compartido” de Medicare, lo cual incluye deducibles, coseguros y copagos que son cubiertos por Medicaid.

Quejas y apelaciones

¿Qué hago si tengo una queja acerca de mis cuidados de salud, mi proveedor, mi coordinador de servicios o mi plan de salud?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos gratis al **1-888-887-9003** para explicarnos el problema. Un Defensor de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a presentar una queja. Solo llame al **1-888-887-9003**. Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos días.

Una vez que haya agotado el trámite de quejas de UnitedHealthcare Community Plan puede quejarse ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando gratis al 1-866-566-8989. Si quiere hacer su queja por escrito, por favor, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, Texas 78711-3247

Si puede conectarse a Internet, puede presentar su queja en: <https://hhs.texas.gov/about-hhs/your-rights-office-ombudsman/hhs-ombudsman-managed-care-help>.

¿A quién llamo?

Llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con problemas de audición.

¿Dónde puedo enviar una queja por correo?

Para presentar quejas por escrito, envíe su carta a UnitedHealthcare Community Plan. Debe indicar su nombre, identificación de miembro, número telefónico y dirección, y el motivo de su queja.

Envíe su carta a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Complaint and Appeals Department
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?

No hay un límite de tiempo para presentar una queja en UnitedHealthcare Community Plan.

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta en la que se informará qué hicimos con respecto a su queja.

¿Cuánto tiempo se demorará en procesar mi queja?

La mayoría de las veces podemos ayudarlo de inmediato o como máximo a los pocos días. Recibirá la carta dentro de los 30 días posteriores a la presentación de la queja ante UnitedHealthcare Community Plan.

Otros detalles del plan

¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una queja?

Sí, un representante de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarlo a presentar una queja. Simplemente llame al **1-888-887-9003**. La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o como máximo a los pocos días.

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento que está cubierto, pero UnitedHealthcare Community Plan lo deniega o lo limita?

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta si el servicio cubierto que usted solicitó no se aprobó o si se denegó el pago en su totalidad o en parte. Si no está conforme con nuestra decisión, llame a UnitedHealthcare Community Plan dentro de los 60 días posteriores al momento en que recibió nuestra carta.

Debe presentar la apelación en un plazo de 10 días hábiles a partir de la fecha de la carta o por la fecha de vigencia de la acción en la carta para asegurarse de que no se interrumpan sus servicios. Puede presentar una apelación enviando una carta a UnitedHealthcare Community Plan, enviando por correo el formulario de apelación incluido en la carta que recibió o llamando a UnitedHealthcare Community Plan. Puede solicitar una extensión hasta por 14 días de tiempo adicional para su apelación. UnitedHealthcare Community Plan puede tomar un tiempo adicional sobre su apelación si eso es lo mejor para usted. Si esto sucede, UnitedHealthcare Community Plan le comunicará por escrito los motivos del retraso.

Puede comunicarse con Servicios para Miembros y solicitar ayuda para su apelación. Cuando llame a Servicios para Miembros, le ayudaremos a presentar la apelación. Luego le enviaremos una carta y solicitaremos que usted o alguien actuando en su representación firme un formulario.

¿De qué forma me notificarán si los servicios son denegados?

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta si un servicio cubierto solicitado por el PCP de su hijo es denegado, demorado, limitado o interrumpido.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de la apelación?

UnitedHealthcare Community Plan debe completar todo el proceso de apelación estándar dentro de 30 días posteriores a la recepción de la solicitud inicial de apelación escrita u oral. Este plazo podrá prorrogarse hasta 14 días a petición de un miembro; o la MCO muestra que se necesita más información y cómo la demora es de interés para el miembro. Si la MCO necesita extenderse, el miembro debe recibir una notificación por escrito de la demora.

51 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/community-plan), o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Puede solicitar una apelación por la denegación de pagos por servicios en su totalidad o en parte. Si solicita una apelación dentro de los 10 días posteriores al momento en que obtuvo el aviso de denegación del plan de salud, tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud denegó o redujo, al menos, hasta que se tome la decisión de la apelación final. Si no solicita una apelación dentro de los 10 días hábiles posteriores al momento en que obtuvo el aviso de denegación, el servicio que el plan de salud denegó será interrumpido.

¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito?

Se incluirá un formulario de apelación en cada carta que reciba cuando UnitedHealthcare Community Plan le niegue un servicio. Puede firmar y devolver este formulario para solicitar una apelación o puede llamarnos para solicitar una apelación. Puede solicitar una apelación por teléfono oralmente, pero se le enviará un formulario de apelaciones que debe ser firmado y devuelto. Cada apelación oral debe ser confirmada por una apelación escrita y firmada por el miembro o su representante, a menos que se solicite una apelación acelerada. Envíe solicitudes por escrito a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Complaint and Appeals Department
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una apelación?

Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo a presentar una queja o apelación. Puede pedir ayuda cuando llame al **1-888-887-9003**. Recibirá un formulario de solicitud de apelación y le pedirán que lo devuelva antes de que se tome su solicitud de apelación.

¿Qué sucede después de mi apelación?

Recibirá una carta informándole qué decidió la apelación, si sus servicios cambiarán y cuándo, y cualquier otra opción que pueda tener. La opción del miembro de solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial ante el estado a más tardar 120 días después de la fecha en que la MCO envía por correo el aviso de decisión de la apelación.

¿Qué es una apelación acelerada?

Una apelación acelerada ocurre cuando el plan de salud tiene que tomar rápidamente una decisión debido a su estado de salud, y el proceso normal de apelación podría poner en peligro su vida o salud.

Otros detalles del plan

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Puede solicitar este tipo de apelación por escrito o por teléfono. Asegúrese de escribir “Deseo una decisión rápida o una apelación acelerada” o “Siento que mi salud podría verse perjudicada por esperar una decisión estándar”. Para solicitar telefónicamente una decisión rápida, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito?

Podemos grabar su solicitud verbal. Se transcribirá la grabación y se la convertirá en una solicitud por escrito. Le enviaremos un formulario para que lo complete, firme y nos lo devuelva lo antes posible. Cada apelación oral recibida debe ser confirmada por una apelación escrita y firmada por el miembro o su representante, a menos que se solicite una apelación acelerada.

Envíe las solicitudes por correo a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Complaint and Appeals Department
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

UnitedHealthcare Community Plan debe decidir este tipo de apelación dentro de un día hábil o 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la información y la solicitud. Si su apelación es por una emergencia en curso o se le negó la permanencia en el hospital, debemos completar la apelación dentro de 1 día hábil.

¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza una solicitud de apelación acelerada?

Si UnitedHealthcare Community Plan deniega una apelación acelerada, la apelación es procesada a través del proceso normal de apelaciones, que se resolverá dentro de los 30 días. Recibirá una carta en la que se explicará por qué y qué otras opciones podría tener.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?

Si usted está hospitalizado, pídale a una persona que lo ayude a enviar por correo, fax o que llame en su nombre para solicitar este tipo de apelación. También puede llamar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** y pedirle a una persona que lo ayude a comenzar una apelación, o bien, puede pedirle al médico que lo haga por usted.

Audiencia imparcial ante el estado

¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?

Si usted, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna del plan de salud, usted tiene el derecho a solicitar una audiencia imparcial ante el estado. Puede nombrar a otra persona para que lo represente. Un proveedor puede ser su representante.

Si usted desea impugnar una decisión tomada por su plan de salud, usted o su representante deben solicitar la audiencia imparcial ante el estado dentro de 120 días posteriores a la fecha de impugnación de la notificación de la decisión de la apelación interna del plan de salud.

Si usted no solicita la audiencia imparcial ante el estado dentro de 120 días, puede perder el derecho a una audiencia imparcial ante el estado. Para pedir una audiencia imparcial ante el estado, usted o su representante deben enviar una carta al plan de salud al:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Fair Hearings Coordinator
14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478

o llamar a UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-288-2160**

Usted tiene el derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud haya denegado o reducido, en función de los servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial ante el estado si solicita una audiencia imparcial ante el estado antes de: (1) 10 días calendario posteriores a la fecha en que el plan de salud le envió por correo la notificación de la acción, o (2) el día en que la notificación del plan de salud le informa que su servicio se reducirá o terminará.

Si usted no solicita una audiencia imparcial ante el estado para esta fecha, se suspenderá el servicio que el plan de salud denegó.

Si pide una audiencia imparcial estatal, recibirá un paquete de información con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales estatales se hacen por teléfono. En la audiencia, usted o su representante puede decir por qué necesita el servicio que el plan de salud le negó.

La HHSC le dará la decisión final dentro de 90 días de la fecha en que pidió la audiencia. Si no solicita una audiencia imparcial ante el estado para esta fecha, se suspenderá el servicio que el plan de salud negó.

Otros detalles del plan

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial ante el estado acelerada?

Si usted piensa que esperar una audiencia imparcial ante el estado pondrá en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial ante el estado acelerada escribiendo o llamando a UnitedHealthcare Community Plan. Para calificar para una audiencia imparcial ante el estado acelerada a través de la HHSC, primero debe completar el proceso de apelaciones internas de UnitedHealthcare.

Información de Revisión médica externa

¿Puedo pedir una Revisión médica externa?

Si como miembro del plan de salud, usted no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan de salud, tiene el derecho de solicitar una Revisión médica externa y una Audiencia imparcial ante el estado. Una Revisión médica externa es un paso adicional opcional que usted puede tomar para que se revise su caso sin costo antes de que se lleve a cabo la Audiencia imparcial ante el estado. Usted, uno de sus padres, su representante autorizado o su representante legal autorizado (LAR) debe solicitar la Revisión médica externa dentro de 120 días posteriores a la fecha en que el plan de salud envía la carta con la decisión de la apelación interna. Si no le pide la Revisión médica externa dentro de 120 días, puede perder su derecho a una Revisión médica externa. Para solicitar una Revisión médica externa, usted, uno de sus padres, su representante o su representante legalmente autorizado puede:

- Completar el “Formulario de solicitud de Revisión médica externa y Audiencia imparcial ante el estado” que se envió con la carta de Notificación para miembros de la decisión de apelación interna de MCO y enviarlo por correo o fax a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Fair Hearings Coordinator
14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478
Fax: 1-855-322-0672

- O llamar a UnitedHealthcare utilizando la dirección o el número de fax que se encuentran en la parte superior del formulario
 - Llame a UnitedHealthcare al **1-800-288-2160**
 - Envíe un correo electrónico a UnitedHealthcare a uhctx_fairhearings_appeals@uhc.com

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan médico denegó o redujo, al menos hasta que se tome la decisión de la revisión médica externa y la decisión final de la audiencia imparcial estatal, si pide la revisión médica externa y la audiencia imparcial estatal para la fecha que ocurra más tarde: (1) 10 días naturales después de la fecha en que usted recibió la carta de la MCO con la notificación de la acción, o (2) la fecha en que el servicio se reducirá o cancelará, según la carta del plan médico. Si no pide que sus beneficios continúen antes de esta fecha, el servicio que el plan médico le denegó se cancelará.

Usted puede retirar su solicitud para una Revisión médica externa antes de que se asigne a una Organización de revisión independiente o mientras la Organización de revisión independiente está revisando su solicitud de Revisión médica externa del miembro. Una Organización de revisión independiente es una organización de terceros contratada por la HHSC que realiza una Revisión médica externa durante los procesos de apelación de los miembros relacionados con las Determinaciones de beneficios adversas basadas en la necesidad funcional o necesidad médica. No se puede retirar una Revisión médica externa si una Organización de revisión independiente ya ha completado la revisión y se ha tomado una decisión.

Una vez que se recibe la decisión de la Revisión médica externa, el miembro tiene el derecho a retirar la solicitud de Audiencia imparcial ante el estado. Si el miembro continúa con la Audiencia imparcial ante el estado, el miembro también puede solicitar que la Organización de revisión independiente esté presente en la Audiencia imparcial ante el estado. Puede hacer ambas solicitudes comunicándose con UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-288-2160** o con el Equipo de admisión de HHSC en EMR_Intake_Team@hhsc.state.tx.us.

Si el miembro continúa con una Audiencia imparcial ante el estado y la decisión de la Audiencia imparcial ante el estado es diferente de la decisión de la Organización de revisión independiente, la decisión de la Audiencia imparcial ante el estado es la decisión definitiva. La decisión de la Audiencia imparcial ante el estado solo puede mantener o aumentar los beneficios para miembros a diferencia de la decisión de la Organización de revisión independiente.

¿Puedo solicitar una Revisión médica externa de emergencia?

Si usted piensa que esperar una Revisión médica externa estándar pondría en peligro su vida o su salud, o su capacidad para lograr, mantener o recuperar su función máxima, usted, uno de sus padres o su representante legalmente autorizado pueden solicitar una Revisión médica externa de emergencia y una Audiencia imparcial ante el estado de emergencia escribiendo o llamando a UnitedHealthcare Community Plan. Para calificar para una Revisión médica externa de emergencia y una Audiencia imparcial ante el estado de emergencia a través de la HHSC, usted primero debe completar el proceso de apelaciones internas de UnitedHealthcare.

Directivas anticipadas

¿Qué es una directiva anticipada?

Todas las personas adultas en hospitales, centros de cuidados para adultos y otros centros de cuidados de la salud poseen ciertos derechos. Por ejemplo, usted tiene derecho a mantener la confidencialidad de sus historias clínicas y personales. Usted tiene derecho a saber qué tratamiento obtendrá. De acuerdo con la ley federal, tiene derecho a completar una directiva anticipada. Las directivas anticipadas son documentos que le dejan decidir y establecer por escrito qué tipo de tratamiento desea o no desea y cualquier medida que desea que se tome en caso de estar demasiado enfermo para tomar decisiones sobre su atención médica. Es nuestra política que todos los miembros adultos de UnitedHealthcare Community Plan sepan que pueden preparar estos documentos. La ley federal sobre directivas anticipadas exige que los hospitales, los centros de cuidados para adultos y otros proveedores de atención médica le brinden información sobre las directivas anticipadas. La información le explicará sus opciones legales en la toma de decisiones sobre su atención médica. La ley se creó para aumentar su control sobre las decisiones relacionadas con el tratamiento médico.

Las directivas anticipadas son documentos que le brindan la posibilidad de decidir y establecer por escrito qué tipo de tratamiento desea o no desea y cualquier medida que desea que se tome en caso de estar demasiado enfermo para tomar decisiones sobre su atención médica.

¿Cómo puedo elaborar una directiva anticipada?

Comuníquese con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con problemas de audición.

¿Quién tiene derecho a tomar decisiones sobre la atención médica?

Usted, si es adulto y les informa a los proveedores sobre sus decisiones de atención médica. Usted decide qué tipo de atención médica no aceptará, si lo hubiera.

¿Qué sucede si no puedo tomar decisiones o informar a los proveedores sobre mis decisiones de atención médica?

Igualmente puede tener cierto control sobre estas decisiones si ha firmado una directiva anticipada. Su PCP debe incluir en los registros médicos si usted firmó una directiva anticipada. Si no ha designado a nadie en la directiva anticipada, su médico debe buscar a una persona autorizada por ley para tomar estas decisiones.

¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar una decisión sobre mi atención médica?

Igualmente puede tener cierto control sobre estas decisiones si ha firmado una directiva anticipada. Su PCP debe incluir en los registros médicos si usted firmó una directiva anticipada. Si no ha designado a nadie en la directiva anticipada, su médico debe buscar a una persona autorizada por ley para tomar estas decisiones.

¿Cuáles son mis opciones para realizar una directiva anticipada?

De acuerdo con la ley de Texas, usted puede realizar las siguientes directivas:

1. **Un poder permanente para la atención médica:** documento por escrito que brinda a la persona designada poder para actuar en su lugar y tomar decisiones sobre su atención médica. Su poder permanente para la atención médica también puede incluir cualquier detalle o pauta sobre la atención médica que desea o no desea recibir. Esto podría incluir procedimientos de retención o retiro si se encuentra en “estado terminal”. El “estado terminal” se produce cuando no se puede curar a un paciente, y este morirá sin los procedimientos de mantenimiento de la vida. (Dos médicos deben indicar por escrito que esto es así). Un paciente también se encuentra en un “estado terminal” si ese paciente se encuentra en un estado vegetativo permanente o en coma irreversible.
2. **Un testamento en vida:** declaración por escrito sobre la atención médica que desea o no, si no puede tomar estas decisiones. Por ejemplo, un testamento en vida puede indicar si usted desea ser alimentado mediante una sonda si se encuentra en estado de inconsciencia y sin probabilidades de recuperación. Un testamento en vida les indica a los médicos que suspendan/retiren o continúen con los procedimientos de mantenimiento de la vida si se encuentra en un “estado terminal”. También puede informarles a los médicos si utilizan otros procedimientos de mantenimiento de la vida.

¿Se debe respetar mi directiva anticipada?

Sí. Su PCP, otros proveedores de salud y la persona que designó en su directiva deben respetar su directiva anticipada.

¿Debe ser un abogado quien prepare mi directiva anticipada?

No. Hay grupos locales y nacionales que le brindarán datos sobre las directivas anticipadas, incluidos formularios. Asegúrese de que toda directiva anticipada que utilice sea válida conforme a las leyes de Texas.

Otros detalles del plan

¿Quién debe tener una copia de mi directiva anticipada?

Proporcione una copia de su directiva anticipada a su PCP y a cualquier centro de atención médica una vez admitido. Si cuenta con un poder permanente para la atención médica, proporcione una copia a la persona que designó en el mismo. También debe quedarse usted con algunas copias adicionales.

¿Tengo que hacer una directiva anticipada?

No. Si realiza o no una directiva anticipada depende solamente de usted. Un proveedor no puede negarle atención por el hecho de que usted tenga una directiva.

¿Puedo cambiar o cancelar mi directiva anticipada?

Sí. Si cambia o cancela su directiva anticipada, avíseles a todos aquellos que tengan una copia de esta.

¿Qué sucede si ya tengo una directiva anticipada?

Podría desear revisarla o que la revisaran. Si se ha realizado en otro estado, asegúrese de que tenga validez conforme a las leyes de Texas.

Según la ley, ¿quién puede tomar decisiones de atención médica por mí si yo no puedo hacerlo y no tengo una directiva anticipada?

Un tribunal puede designar un tutor para tomar las decisiones de atención médica por usted. De lo contrario, su PCP debe revisar la siguiente lista para encontrar a alguien más para que tome las decisiones de atención médica por usted:

1. Su esposo o esposa, a menos que esté separado legalmente.
2. Su hijo/a adulto/a. Si tiene más de un hijo adulto, el mayor de ellos.
3. Su madre o padre.
4. Su hermano o hermana.

Si su PCP no puede encontrar una persona capaz de tomar las decisiones de atención médica por usted, entonces el PCP puede decidir sobre su atención médica. Su PCP puede hacer esto con el consejo del comité de ética o con la aprobación de otro médico. Usted puede asegurarse de que se cumplan sus deseos si los pone por escrito. La persona que designe en su directiva anticipada no tendrá derecho a rechazar procedimientos de mantenimiento de la vida, tales como el uso de sondas para suministrarle alimentos o líquidos, a menos que:

- a. Usted haya designado a esa persona para que tome decisiones de atención médica por usted en un poder permanente para la atención médica.
- b. Un tribunal haya designado a esa persona como su tutor para tomar las decisiones de atención médica por usted.

59 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

- c. Usted haya indicado en una directiva anticipada que no desea este tratamiento específico. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, si necesita ayuda para conocer acerca de las directivas anticipadas o para solicitar una copia de un testamento en vida.

Derechos y responsabilidades del miembro

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro de UnitedHealthcare Community Plan?

Derechos del miembro:

1. Tiene el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser tratado justa y respetuosamente.
 - b. Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de salud y un Proveedor de Atención Primaria. Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de plan de salud y de Proveedor de Atención Primaria.
 - b. Escoger cualquier plan de salud que usted quiera de los que haya en el área donde vive, y de escoger a un proveedor de ese plan.
 - c. Cambiar de Proveedor de Atención Primaria.
 - d. Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud o de Proveedor de Atención Primaria.
3. Tiene el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho de:
 - a. Recibir explicaciones del proveedor sobre sus necesidades de atención médica y a que le hable de las diferentes opciones que tiene para tratar sus problemas médicos.
 - b. Recibir explicaciones de por qué se le negó y no se le dio la atención o el servicio.
 - c. Recibir información acerca de su plan de salud, servicios y proveedores.
 - d. Recibir información acerca de sus derechos y responsabilidades.

Otros detalles del plan

4. Tiene el derecho de aceptar tratamiento o rechazarlo, y de tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho de:
 - a. Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cuál atención médica es mejor para usted.
 - b. Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.
5. Tiene el derecho de utilizar todos los trámites de quejas y apelación disponibles mediante la organización de atención médica administrada y Medicaid, y de recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones revisiones médicas externas y audiencias imparciales ante el estado. Esto incluye el derecho de:
 - a. Presentar una queja ante su plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan de salud.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d. Pedir una revisión médica externa y una audiencia imparcial ante el estado del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
 - e. Solicitar una audiencia imparcial ante el estado sin una revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y recibir información acerca de cómo funciona ese proceso.
6. Tiene derecho a acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación. Esto incluye el derecho de:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir cualquier atención de emergencia o urgente que necesite.
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso sin barreras de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades.
 - d. Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus proveedores o cuando se comunique con el personal del plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a entender la información.
 - e. Recibir información clara sobre las reglas del plan de salud, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlos.
7. Tiene el derecho de no ser sujetado a la fuerza ni aislado si es por conveniencia de otra persona, o para forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer o para castigarlo

61 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

8. Tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que lo atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
9. Tiene el derecho de saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.
10. Usted tiene el derecho a hacer recomendaciones a la política de derechos y responsabilidades de los miembros de su plan de salud.

Responsabilidades del miembro:

1. Tiene que aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid.
 - b. Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos.
 - c. Saber qué otras opciones de planes de salud hay en su área.
2. Tiene que respetar las normas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
 - b. Escoger su plan de salud y su Proveedor de Atención Primaria sin demora.
 - c. Hacer cualquier cambio de plan de salud y de Proveedor de Atención Primaria, según lo indiquen Medicaid y el plan de salud.
 - d. Acudir a las citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
 - f. Siempre llamar primero a su Proveedor de Atención Primaria para sus necesidades médicas que no sean de emergencia;
 - g. Estar seguro de que tiene la aprobación de su Proveedor de Atención Primaria antes de consultar a un especialista;
 - h. Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
3. Tiene que compartir con su Proveedor de Atención Primaria toda información sobre su salud y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Informar a su Proveedor de Atención Primaria sobre su salud.
 - b. Hablar con sus proveedores de sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
 - c. Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.

Otros detalles del plan

4. Tiene que participar en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para estar saludable. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál atención médica es la mejor para usted.
 - b. Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace.
 - c. Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e. Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. al 1-800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en www.hhs.gov/ocr.

Cada año tiene derecho a solicitar que UnitedHealthcare Community Plan le envíe determinada información

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red; por lo menos los doctores de atención primaria, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes y, cuando corresponda, calificaciones profesionales, especialidad, escuela de medicina a la que asistió, finalización de la residencia y estado de certificación de la junta.
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red
- Sus derechos y responsabilidades
- Información sobre los trámites de queja, apelación, revisión médica externa y audiencia imparcial ante el estado
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios

- Cómo recibir cobertura de emergencia y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
 - La explicación de un estado médico de emergencia, y de los servicios de emergencia y de pos-estabilización
 - El hecho de que no necesita la autorización previa de su Proveedor de Atención Primaria para recibir atención de emergencia
 - En caso de una emergencia, siga las instrucciones provistas por el establecimiento con cuidados de enfermería. El personal del establecimiento se pondrá en contacto con las autoridades competentes para coordinar los servicios y/o transporte de emergencia.
 - Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid
 - Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia
 - Las reglas sobre la pos-estabilización
- Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el Proveedor de Atención Primaria no presta
- Las pautas de práctica de UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan debe proveer a sus miembros de la información de cómo evalúa nuevas tecnologías para que se incluyan como parte de los beneficios cubiertos. Esta información puede ser publicada en circulares, folletos gratuitos o incluida con otra información en materiales para los miembros. Si el método que se escoja es por medio de circulares, esta información debe publicarse anualmente.

Abuso, negligencia y explotación

Usted tiene el derecho de ser tratado con respeto y dignidad, incluyendo estar libre del abuso, negligencia y explotación.

¿Qué son abuso, negligencia y explotación?

Abuso es una lesión mental, emocional, física o sexual o la falla para prevenir ese tipo de lesión.

Negligencia es el resultado de la falta de alimentación, deshidratación, sobre-medicación o medicación insuficiente, condiciones insalubres, etc. La negligencia también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, cuidados médicos y asistencia para la higiene personal.

Explotación es el uso incorrecto de los recursos de otra persona para beneficio personal o monetaria. Esto incluye apropiarse indebidamente de los cheques del Seguro Social o SSI (Ingreso Social Suplementario), el abuso en cuentas mancomunadas y apropiándose indebidamente artículos o recursos ajenos.

Para reportar el abuso, la negligencia y la explotación

La Ley requiere que se reporte la sospecha de un abuso, negligencia o explotación, incluyendo el uso de restricción física inapropiada o aislamiento cometidos por un proveedor.

Llame al **9-1-1** en situaciones en donde la vida pelagra o en emergencias.

Reporte por teléfono (casos que no sean emergencias): llame gratuitamente las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Reporte al HHSC llamando al 1-800-458-9858 si la persona que es abusada, desatendida o explotada, vive o recibe servicios por:

- Una institución con servicios de enfermería;
- Una institución de vivienda asistida;
- Un centro de cuidados para adultos durante el día;
- Un proveedor con licencia de cuidados de salud en un albergue para adultos; o
- Una Agencia de Servicios de Ayuda en el Hogar o Comunidad (HCSSA) o una Agencia de Salud en el Hogar.

Condiciones en que se sospeche que abuso, negligencia o explotación existen por parte de una HCSSA deben ser reportados al Departamento de Servicios para la Familia y para la Protección (Department of Family and Protective Services – DFPS).

Reporte cualquier otra sospecha de abuso, negligencia o explotación al DFPS llamando al 1-800-252-5400.

Reporte electrónicamente (casos que no sean de emergencia)

Acudiendo a <https://txabusehotline.org>. Este es un sitio seguro en internet. Usted necesitará crear una cuenta con código de seguridad y datos personales.

Información útil cuando se llene un reporte

Cuando se reporte el abuso, la negligencia y la explotación, es de ayuda que se incluyan los nombres, edades, direcciones y números de teléfono de todas las personas involucradas.

Fraude y abuso

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?

Avísenos si cree que un doctor, dentista, farmacéutico, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios está cometiendo una infracción. Cometer una infracción puede incluir malgasto, abuso o fraude, lo cual va contra la ley. Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

- Está recibiendo pago por servicios que no se prestaron o no eran necesarios
- No está diciendo la verdad sobre su padecimiento médico para recibir tratamiento médico
- Está dejando que otra persona use una tarjeta de identificación de Medicaid
- Está usando la tarjeta de identificación de Medicaid de otra persona
- Está diciendo mentiras sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios

Para denunciar malgasto, abuso o fraude, escoja uno de los siguientes:

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite <https://oig.hhs.texas.gov/> y haga clic sobre “Report Fraud” (“Reportar fraude”) para completar una forma en Internet; o
- Denúncielo directamente al plan de salud:

UnitedHealthcare Community Plan Compliance
14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478
1-888-887-9003

Otros detalles del plan

Para denunciar el malgasto, abuso o fraude, reúna toda la información posible

Al denunciar a un proveedor (un doctor, dentista, terapeuta, etc.) incluya:

- El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor
- El nombre y la dirección del centro (hospital, centro para convalecientes, agencia de servicios de salud en casa, etc.)
- El número de Medicaid del proveedor o centro, si lo sabe
- El tipo de proveedor (doctor, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
- El nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
- Las fechas de los sucesos
- Un resumen de lo ocurrido

Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya:

- El nombre de la persona
- La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe
- La ciudad donde vive la persona
- Detalles sobre el malgasto, abuso o fraude

Glosario de terminología de atención médica administrada

Apelación — Una solicitud para que su organización de atención médica administrada revise nuevamente una denegación o una queja.

Queja — Una reclamación que usted le comunica a su seguro médico o plan de salud.

Copago — Una cantidad de dinero fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando se recibe el servicio. Esta cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Equipo médico durable (DME) — Equipo solicitado por un proveedor de atención médica para uso diario o extendido. La cobertura de DME puede incluir, entre otros: Equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o suministros para diabéticos.

Condición médica de emergencia — Una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños.

Transporte médico de emergencia — Servicios de ambulancia terrestre o aérea para una afección médica de emergencia.

Atención médica en una sala de emergencia — Servicios médicos que usted recibe en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia — Evaluación de una afección médica de emergencia y tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios excluidos — Servicios de atención médica que su seguro o plan de salud no paga ni cubre.

Reclamación — Una queja o reclamación que usted presenta a su seguro médico o plan de salud.

Servicios y dispositivos de habilitación — Servicios de atención médica, como terapia física u ocupacional que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria.

Seguro de salud — Un contrato que requiere que su seguro de salud pague sus costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.

Cuidados médicos para la salud en el hogar — Servicios de atención médica que una persona recibe en su hogar.

Servicios de hospicio — Servicios para brindar comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización — Atención médica en un hospital que requiere admisión como paciente internado y generalmente requiere una estadía por la noche.

Cuidados médicos en un hospital para pacientes ambulatorios — Atención médica en un hospital que generalmente no requiere tener estadías por la noche.

Otros detalles del plan

Medicamento necesario — Servicios o suministros de atención médica que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas y que cumplen con los estándares aceptados de medicina.

Red — Las instalaciones, proveedores y compañías proveedoras con los que su seguro o plan de salud ha contratado servicios de atención médica.

Proveedor no participante — Un proveedor que no tiene un contrato con su seguro de salud o plan para proporcionarle servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener autorización de su seguro de salud o plan para obtener servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En casos limitados, como cuando no hay otros proveedores disponibles, su seguro de salud puede contratar para pagar a un proveedor no participante.

Proveedor participante — Un proveedor que tiene un contrato con su seguro de salud o plan para proporcionarle los servicios cubiertos.

Servicios de doctor — Servicios de atención médica que proporcionan o coordinan un doctor con licencia (M.D. — Doctor en Medicina o D.O. — Doctor en Medicina Osteopática).

Plan — Un beneficio, como Medicaid, que proporciona y paga sus servicios de atención médica.

Previa-autorización — Una decisión de su seguro médico o plan de salud de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamentos recetados o equipo médico duradero que usted o su proveedor hayan solicitado sea medicamento necesario. Esta decisión o aprobación, a veces denominada autorización previa, aprobación previa o certificación previa, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es una promesa de que su seguro o plan de salud cubrirá el costo.

Prima — La cantidad de dinero que usted debe pagar por su seguro o plan de salud.

Cobertura de medicamentos recetados — Pago que hace el seguro de salud o plan para ayudar a cubrir el costo de las drogas y los medicamentos recetados.

Medicamentos de receta — Drogas y medicamentos que por ley requieren receta médica.

Doctor de atención primaria — Un doctor (M.D. — Doctor en Medicina o D.O. — Doctor en Medicina Osteopática) que proporciona o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica para un paciente.

Proveedor de atención primaria — Un doctor (MD — Doctor en Medicina o DO — Doctor en Medicina Osteopática), enfermero practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permitido por la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda al paciente a obtener a una variedad de servicios de atención médica.

Proveedor — Un doctor (M.D. — Doctor en Medicina o D.O. — Doctor en Medicina Osteopática), un profesional de la salud o un centro de atención médica con licencia, certificado o acreditado según lo exija la ley estatal.

Servicios y dispositivos de rehabilitación — Servicios de atención médica, como terapia física u ocupacional que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a que una persona estaba enferma, herida o discapacitada.

Cuidados de enfermería especializada — Servicios de enfermeras con licencia brindados en su propio hogar o en una casa de reposo.

Especialista — Un doctor especialista que se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Cuidados médicos de urgencia — Cuidados médicos para una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención inmediata, pero no tan grave como para requerir atención médica en una sala de emergencias.

Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad

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

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

Por ley, debemos¹ proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

Cómo usamos o compartimos su información

Debemos usar y divulgar su información médica con:

- Usted o su representante legal
- Agencias gubernamentales

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

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

71 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

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

Podríamos usar o compartir su información de salud de la siguiente forma

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

Otros detalles del plan

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

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

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

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

Otros detalles del plan

Cómo usar sus derechos

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

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

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, Inc.; Symphonix Health Insurance, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, vaya a: www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

75 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Aviso de privacidad de la información financiera

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

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

Protegemos² su “información financiera personal” (personal financial information, “FI”). La información financiera personal es información no médica. La información financiera personal lo identifica y no está generalmente disponible al público.

Información que recopilamos

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

Divulgación de la información financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

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

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

Confidencialidad y seguridad

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

Otros detalles del plan

Preguntas sobre este aviso

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

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

77 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.



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

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

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

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

Si usted necesita ayuda con su queja, por favor llame gratis a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

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

Internet:

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

Formas para las quejas se encuentran disponibles en:

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

Teléfono:

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

Correo:

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

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

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, tales como cartas en otros idiomas, materiales en letra grande, ayudas y servicios auxiliares, y materiales en formatos alternativos, a su solicitud. O bien, puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame gratis a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

CSTX21MC4914989_000

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 78
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Tabla de contenido

Spanish	Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID.
Vietnamese	Chúng tôi cung cấp nhiều dịch vụ miễn phí để giúp quý vị liên lạc với chúng tôi. Thí dụ như thư viết bằng những ngôn ngữ khác hoặc in với khổ chữ lớn. Hoặc, quý vị cũng có thể yêu cầu được thông dịch viên giúp quý vị. Để được giúp đỡ, xin quý vị vui lòng gọi số điện thoại miễn phí dành cho hội viên ghi trên thẻ ID hội viên của quý vị.
Chinese	我們提供免費服務幫助您與我們溝通。例如，其他語言版本或大字體信函。或者，您可要求口譯員。如欲要求協助，請撥打會員卡上所列的免付費會員電話。
Korean	저희는 귀하가 의사소통을 할 수 있도록 도와드리기 위해 무료 서비스를 제공합니다. 예를 들면, 다른 언어 또는 대형 활자로 작성된 서신과 같은 것입니다. 또한 귀하는 통역사를 요청할 수 있습니다. 도움이 필요하신 경우, 귀하의 신분증 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의하십시오.
Arabic	نقدم لك خدمات مجانية لمساعدتك على التواصل معنا، مثل الخطابات باللغات الأخرى، أو الطباعة بأحرف كبيرة، أو يمكنك طلب مترجم فوري. لطلب المساعدة، برجاء الاتصال برقم الهاتف المجاني المُدرج على بطاقة هويتك.
Urdu	ہم سے بات چیت کے لئے ہم مفت میں خدمات دستیاب کراتے ہیں۔ جیسے دوسری زبانوں میں حروف یا بڑے پرنٹ، یا آپ مترجم کی خدمات حاصل کرسکتے ہیں۔ مدد طلب کرنے کے لئے برائے کرم آپ کے آئی ڈی میں درج شدہ ممبر کے ٹال فری نمبر پر کال کریں۔
Tagalog	Nagbibigay kami ng mga libheng serbisyo upang maatlungan kang makipag-ugnayan sa amin. Gaya ng mga liham na nakasulat sa iba pang wika o sa malalaking titik. Maari ka rin humiling ng tagasaling-wika. Upang humingi ng tulong, tumawag sa toll-free na numero ng telepono para sa miyembro na nakalista sa iyong ID card.
French	Nous proposons des services gratuits pour vous aider à communiquer avec nous, notamment des lettres dans d'autres langues ou en gros caractères. Vous pouvez aussi demander l'aide d'un interprète. Pour demander de l'aide, veuillez appeler le numéro de téléphone sans frais imprimé sur votre carte d'affilié.

Hindi	हमारे साथ संपर्क करने के लिए हम आपको मुफ्त सेवाएं उपलब्ध करवाते हैं। जैसे कि, दूसरी भाषाओं में पत्र या बड़े प्रिंट। या, आप एक व्याख्याकार के लिए निवेदन कर सकते हैं। मदद मांगने के लिए, कृपया अपने पहचान-पत्र की सूची में दिए गए टोल फ्री सदस्य फोन नंबर पर कॉल करें।
Persian	ما خدمات رایگانی را برای به کمک به شما در برقراری ارتباط با ما ارائه می کنیم. از قبیل نامه ها به سایر زبان ها یا چاپ درشت. یا می توانید برای مترجم شفاهی درخواست کنید. جهت درخواست برای کمک و راهنمایی، لطفاً با شماره تلفن رایگانی که بر روی کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید.
German	Um Ihnen die Kommunikation mit uns zu erleichtern, stellen wir Ihnen kostenlose Dienste zur Verfügung. Hierzu zählen u. a. Schreiben in anderen Sprachen oder Großdruck und die Möglichkeit, einen Dolmetscher anzufordern. Bitte wenden Sie sich für Unterstützung an die gebührenfreie Rufnummer auf Ihrem Mitgliedsausweis.
Gujarati	અમારી સાથે માહિતીનું આદાન પ્રદાન કરવા માટે તમને મદદ કરવા માટે અમે નિ:શુલ્ક સેવાઓ પૂરી પાડીએ છીએ. જેવી કે અન્ય ભાષાઓમાં પત્રો કે મોટું છાપકામ. અથવા તમે એક દુભાષિયાની માંગ કરી શકો છો. મદદ માંગવા માટે, તમારા આઈડી કાર્ડ ઉપર નોંધવામાં આવેલા સભ્ય ટોલ ફ્રી ફોન નંબરને કોલ કરવા વિનંતી.
Russian	Мы предоставляем бесплатные услуги перевода для того чтобы помочь вам свободно общаться с нами. Например, мы переводим письма на другие языки или предоставляем информацию, напечатанную крупным шрифтом. Либо вы можете подать запрос о предоставлении вам услуг устного переводчика. Для того чтобы обратиться за помощью, вам необходимо позвонить по бесплатному для участников номеру, указанному на вашей идентификационной карте.
Japanese	お客様のコミュニケーションをお手伝いする無料のサービスをご用意しています。これには他の言語や大きな文字での書簡などが含まれ、通訳もご利用いただけます。サービスやお手伝いをご希望の方は、IDカードに記載されているメンバー用フリーダイヤルにお電話ください。
Laotian	ພວກເຮົາມີການບໍລິການຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຕິດຕໍ່ກັບພວກເຮົາເຊັ່ນ, ຈົດໝາຍໃນພາສາອື່ນ ຫຼື ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ຫຼື ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີນາຍພາສາ. ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ກະລຸນາໂທຫາເບີໂທລະ ສັບຂອງສະມາຊິກໂທພຣີທີ່ລະບຸໄວ້ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.



Estamos aquí para usted

Recuerde, siempre estaremos listos para responder a cualquier pregunta que tenga. Solo necesita llamar a Servicio para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con problemas de audición. Usted también puede visitarnos en internet en la dirección: UHCCommunityPlan.com.

UnitedHealthcare Community Plan
Main Office
14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478

UHCCommunityPlan.com

1-888-887-9003, TDD/TTY: **7-1-1**,
para personas sordas y con problemas de audición
8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes

**United
Healthcare
Community Plan**

81 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com,
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

