



Bienvenido a la comunidad

UnitedHealthcare Community Plan Manual para Miembros de STAR

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

United
Healthcare
Community Plan



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

[UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/CommunityPlan)

Qué debe hacer en caso de una emergencia

Llame al **9-1-1**, o vaya al hospital o centro de emergencia más cercano si cree que necesita recibir atención de emergencia. Puede llamar al **9-1-1** si necesita ayuda para trasladarse hasta la sala de emergencias del hospital. Si recibe servicios de emergencia, llame a su médico para que programe una visita de seguimiento tan pronto como sea posible. Llámenos e infórmenos que recibió atención 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

Llame al **9-1-1** si experimenta una emergencia de salud conductual que pone en riesgo su vida. O puede asistir a un centro de crisis o a la sala de emergencias. Debe llamar a Optum Behavioral Health al **1-888-887-9003** tan pronto como sea posible.

En caso de emergencia llame al 9-1-1

Si cree que no es una emergencia, pero necesita ayuda, llame a la línea de enfermería NurseLine al **1-888-887-9003**.

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

- Después de las horas hábiles, comuníquese con la línea de enfermería NurseLine
- Servicios de interpretación disponibles
- Se habla español servicios cubiertos
- Información sobre cómo obtener

NurseLine (Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) . . . **1-888-887-9003**, TTY: **7-1-1**

- Se habla español
- Servicios de intérprete disponibles

Para servicios odontológicos, llame al plan dental de Medicaid de su hijo

DentaQuest **1-800-516-0165**
MCNA Dental **1-855-691-6262**
UnitedHealthcare Dental **1-877-901-7321**

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

(Texas Health and Human Services Commission) **1-877-541-7905**

Servicios de transporte médico que no son de emergencia (NEMT):

Línea Where's My Ride (Dónde está mi transporte) **1-866-528-0441**, TTY: **711**

Cómo acceder a los servicios NEMT, disponible de
8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Se habla español.
La información y los intérpretes están disponibles en muchos idiomas.

Servicios de salud mental y abuso de sustancias

Optum Behavioral Health **1-888-887-9003**
disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Se brinda información e intérpretes en muchos idiomas.

Ante una situación de crisis y si tiene problemas con la línea telefónica,

llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Línea de ayuda de atención administrada de Medicaid **1-866-566-8989**

Línea de ayuda TDD/TTY de atención administrada de Medicaid **1-866-222-4306**

Línea de ayuda del programa STAR **1-800-964-2777**

Beneficios de farmacia **1-888-887-9003**

Equipo del defensor estatal para Asistencia Administrada **1-866-566-8989**
(State Ombudsman for Managed Care Assistance Team)

UnitedHealthcare Community Plan • 14141 Southwest Freeway, Suite 500 • Sugar Land, TX 77478
Teléfono: **1-888-887-9003**

Importantes puntos del plan de salud

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan

Tenemos mucho agrado en tenerle como miembro. Usted se ha unido a millones de miembros que tienen un seguro de salud con UnitedHealthcare Community Plan. Usted ha tomado la decisión correcta para usted y su familia. UnitedHealthcare Community Plan le da acceso a muchos proveedores de los cuidados para la salud — doctores, enfermeras, hospitales y farmacias — así, usted tiene acceso a todos los servicios de salud que necesita. Nosotros cubrimos cuidados preventivos, servicios de revisiones de salud y tratamiento. Nos hemos dedicados a mejorar su salud y bienestar. Recuerde, las respuestas a cualquier pregunta que tenga las encuentra oprimiendo una sola tecla ingresando a myuhc.com/CommunityPlan. O usted puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Su guía para la buena salud

Por favor, 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, en otro idioma 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, por favor 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.

Nota: Las referencias a “usted”, “mi” o “yo” aplican si usted es un miembro de STAR. Las referencias a “mi hijo” se aplican si su hijo es miembro de STAR.

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

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

Servicios de interpretación y de idiomas

UnitedHealthcare Community Plan cuenta con personal que habla inglés y español. Si habla otro idioma o si 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.

¿Desea acceder a su información desde una aplicación móvil?

Descargue la aplicación UnitedHealthcare en App Store o Google Play. Ofrece muchas de las mismas características que el sitio web seguro para miembros, y usted usa el mismo nombre de usuario y contraseña. Es muy conveniente para cuando estás en movimiento.

Sus proveedores de salud

El nombre de mi proveedor de atención primaria: _____

El número de teléfono de mi proveedor de atención primaria: _____

Nombre de otro médico: _____

Número de teléfono de otro médico: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor o tiene preguntas sobre su plan de salud, llámenos. Puede comunicarse con nuestros Servicios para Miembros en Texas sin cargo al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**, 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes.

Ubicaciones de nuestras oficinas

UnitedHealthcare Community Plan

Oficina del Área de Servicio de Texas
14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478

O visite nuestro sitio web en:
UHCCommunityPlan.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

Tabla de contenido

Importantes puntos del plan de salud	3
Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan	3
Su guía para la buena salud	3
Servicios de interpretación y de idiomas	4
Ubicaciones de nuestras oficinas	5
¿Qué es Servicios para Miembros?	5
Su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan	13
¿Cuándo y dónde uso mi tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan? ..	13
Cómo leer su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan	13
Cómo reemplazar su tarjeta si se pierde o se la roban	13
Su tarjeta de Your Texas Benefits (YTB) Medicaid	14
El portal del cliente de Medicaid YourTexasBenefits.com	15
Su tarjeta temporal de identificación de Medicaid (Formulario 1027-A)	16
Para ir al doctor	17
¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria (PCP)?	17
¿Puede un especialista ser considerado un proveedor de atención primaria?	17
¿Cómo elijo o cambio de Proveedor de Atención Primaria?	17
¿Qué debo llevar a mi cita médica?	18
¿Puede una clínica ser mi Proveedor de Atención Primaria?	18
¿Qué sucede si voy a un médico que no es mi Proveedor de Atención Primaria?	18
¿Puedo seguir yendo a mi proveedor si no forma parte de mi plan de salud?	18
¿Cómo puedo cambiar mi Proveedor de Atención Primaria?	18
¿Cuántas veces puedo cambiar mi Proveedor de Atención Primaria o el de mi hijo?	19
¿Cuándo entrará en vigencia mi cambio de Proveedor de Atención Primaria?	19

¿Existe alguna razón por la que podrían denegar mi solicitud de cambiar de Proveedor de Atención Primaria?	<u>19</u>
¿Un Proveedor de Atención Primaria me puede derivar a otro Proveedor de Atención Primaria por falta de cumplimiento?	<u>19</u>
Planes de incentivos para doctores	<u>19</u>
¿Qué sucede si necesito consultar con un médico especial (especialista)?	<u>20</u>
¿Qué es una referencia?	<u>20</u>
¿Qué servicios no necesitan una referencia?	<u>20</u>
¿Cuánto debo esperar para visitar a un especialista?	<u>20</u>
¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?	<u>21</u>
Previa autorización.	<u>21</u>
¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental), alcoholismo o drogas? ¿Necesito una referencia para esto?	<u>22</u>
¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y la administración de casos específicos de salud mental? ¿Cómo obtengo estos servicios?	<u>22</u>
¿Cómo obtengo mis medicamentos?	<u>23</u>
¿Cómo encuentro una farmacia de la red?	<u>23</u>
¿Qué sucede si voy a una farmacia que no pertenece a la red?	<u>23</u>
¿Qué debo llevar a la farmacia?	<u>23</u>
¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos?	<u>23</u>
¿A quién puedo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos?	<u>24</u>
¿Qué es una aprobación previa (autorización) de medicamentos recetados?	<u>24</u>
¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?	<u>24</u>
¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos?	<u>24</u>
¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?	<u>24</u>
¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?	<u>25</u>
¿A quién necesito llamar si tengo necesidades especiales de cuidados para la salud y necesito de alguien que me ayude?	<u>25</u>
¿Qué otros programas se encuentran disponibles para ayudarme a controlar mi enfermedad crónica?	<u>25</u>
¿Qué sucede si necesito recibir atención de un obstetra/ginecólogo?	
¿Necesito una referencia?	<u>26</u>

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

¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo como mi Proveedor de Atención Primaria? ¿Necesitaré una referencia?	<u>26</u>
¿Puedo conservar mi obstetra/ginecólogo aunque no pertenezca a UnitedHealthcare Community Plan?	<u>27</u>
¿Cómo elijo a un obstetra/ginecólogo?	<u>27</u>
Si no elijo un obstetra/ginecólogo, ¿tengo acceso directo?	<u>27</u>
¿Necesitaré una referencia para obtener los servicios de un obstetra/ginecólogo?	<u>27</u>
¿Qué tan pronto puedo recibir atención después de contactarme con mi obstetra/ginecólogo para una cita?	<u>27</u>
¿Qué ocurre si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar?	<u>28</u>
¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de parto?	<u>28</u>
¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece el plan a las mujeres embarazadas? ..	<u>28</u>
¿Puedo elegir un Proveedor de Atención Primaria para mi bebé antes de que nazca?	<u>29</u>
¿Cómo y cuándo puedo cambiar el PCP de mi bebé?	<u>29</u>
¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?	<u>29</u>
¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido? ¿Cómo y cuándo debo avisar a mi plan de salud? ¿Cómo y cuándo debo avisar a mi trabajador de casos?	<u>29</u>
¿Cómo puedo recibir cuidados de salud después de que mi bebé ha nacido (y yo no estoy ya cubierta por Medicaid)?	<u>29</u>
Programa Healthy Texas Women	<u>30</u>
Programa de atención primaria de salud del DSHS	<u>30</u>
Programa para los cuidados de atención primarios extendidos DSHS	<u>31</u>
Programa de Planificación Familiar de DSHS	<u>32</u>
¿Cómo concierto citas?	<u>32</u>
¿Qué debo llevar a mi cita?	<u>32</u>
¿Cómo obtengo atención médica después del horario de cierre del consultorio de mi Proveedor de Atención Primaria?	<u>32</u>
¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?	<u>33</u>
¿Qué sucede si estoy fuera del estado?	<u>33</u>
¿Qué hago si estoy fuera del país?	<u>33</u>
¿Qué tengo que hacer si me mudo?	<u>33</u>
¿Cómo puedo actualizar mi dirección o mi número de teléfono?	<u>33</u>

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?	34
¿A quién llamo?	34
¿Cuántas veces puedo cambiar los planes de salud?	34
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi plan de salud?	34
¿UnitedHealthcare Community Plan me puede pedir que me retire de su plan de salud? ..	35
¿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?	35
¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona, en el consultorio del proveedor?	35
¿Qué significa “médicamente necesario”?	36
¿Qué es la atención médica de emergencia?	37
¿Qué tan pronto puedo esperar recibir atención en una emergencia?	38
¿Qué es la pos estabilización?	38
¿Qué es la atención médica de urgencia?	38
¿Qué es la atención médica de rutina y qué tan pronto puedo esperar recibir atención? ..	39
¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica?	39
¿Qué cobertura para los servicios dentales en niños brinda UnitedHealthcare Community Plan?	40
¿Están cubiertos por el plan de salud los servicios dentales de emergencia?	40
¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?	40
Beneficios y servicios	41
¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?	41
¿Cómo obtengo estos servicios?	42
¿Existen límites para algún servicio cubierto?	43
¿Qué servicios no están cubiertos?	43
¿Qué son mis beneficios de medicamentos recetados?	43
¿Cuáles son los Servicios de Rehabilitación para la Salud Mental y la Administración de Casos Definidos de Salud Mental? ¿Cómo puedo obtener esos servicios?	44
Planificación familiar	45
¿Cómo puedo obtener servicios de planificación familiar? ¿Necesitaré una referencia? ..	45
¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?	45

Programa Pasos Sanos de Texas (Texas Health Steps)	45
¿Qué es Pasos Sanos de Texas?	45
¿Cómo y cuándo recibo los exámenes médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas para mi hijo?	46
¿Es necesario que mi médico de Pasos Sanos de Texas forme parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan?	47
¿Es necesario que tenga una referencia?	48
¿Qué sucede si necesito cancelar una cita?	48
¿Qué sucede si estoy fuera de la ciudad y mi hijo debe realizarse un chequeo de Pasos Sanos de Texas?	48
¿Qué sucede si soy trabajador de campo migrante?	48
Otros detalles del plan	49
¿Qué beneficios adicionales recibo como miembro de UnitedHealthcare Community Plan?	49
¿Cómo puedo obtener esos beneficios?	51
¿Cuáles otros servicios puede UnitedHealthcare Community Plan ayudarme a obtener? ..	52
¿Cómo obtengo estos servicios?	52
¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece UnitedHealthcare Community Plan?	52
¿Qué es la administración de casos para mujeres embarazadas y niños?	53
¿Qué es la Intervención Temprana en la Niñez?	54
¿Qué es la administración de servicios y qué puede hacer un Administrador de servicios por mí?	55
Transporte	56
Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT)	56
¿Qué son los servicios NEMT?	56
¿Qué servicios forman parte de los servicios NEMT?	56
¿Cómo conseguir transporte?	57
¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?	57
¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación?	58
¿Qué sucede si recibo una factura de mi médico? ¿A quién debo llamar?	58
¿Qué información necesitarán?	58
¿Qué tengo que hacer si me mudo?	58

¿Qué pasa si yo soy un cuidador de asistencia de cuidado permanente y necesito cambiar mi dirección?	59
¿Qué sucede si tengo un seguro privado u otro seguro médico además de Medicaid?	59
Quejas y apelaciones	60
¿Qué hago si tengo una queja?	60
¿A quién llamo?	60
¿Dónde puedo enviar una queja por correo?	60
¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?	60
¿Cuánto tiempo se demorará en procesar mi queja?	61
¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una queja?	61
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento que está cubierto, pero UnitedHealthcare Community Plan lo deniega o lo limita?	61
¿De qué forma me notificarán si los servicios son denegados?	62
¿Cuáles son los plazos para el proceso de la apelación?	62
¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?	62
¿Tengo que presentar mi solicitud de apelación por escrito?	62
¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una apelación?	63
¿Qué sucede después de mi apelación?	63
¿Qué es una apelación acelerada?	63
¿Cómo solicito una apelación acelerada?	63
¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito?	63
¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?	64
¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza una solicitud de apelación acelerada?	64
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?	64
Audiencia imparcial ante el estado	64
¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?	64
¿Puedo solicitar una audiencia imparcial ante el estado acelerada?	65
Información de Revisión médica externa	65
¿Puede un miembro solicitar una Revisión médica externa?	65

¿Puedo solicitar una Revisión médica externa acelerada?	67
Directivas anticipadas	67
¿Qué es una directiva anticipada?	67
¿Cómo puedo elaborar una directiva anticipada?	68
¿Quién tiene derecho a tomar decisiones sobre la atención médica?	68
¿Qué sucede si no puedo tomar decisiones o informar a los proveedores sobre mis decisiones de atención médica?	68
¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar una decisión sobre mi atención médica?	68
¿Cuáles son mis opciones para realizar una directiva anticipada?	68
¿Se debe respetar mi directiva anticipada?	69
¿Debe ser un abogado quien prepare mi directiva anticipada?	69
¿Quién debe tener una copia de mi directiva anticipada?	69
¿Tengo que hacer una directiva anticipada?	69
¿Puedo cambiar o cancelar mi directiva anticipada?	69
¿Qué sucede si ya tengo una directiva anticipada?	69
Según la ley, ¿quién puede tomar decisiones de atención médica por mí si yo no puedo hacerlo y no tengo una directiva anticipada?	70
Derechos y responsabilidades del miembro	71
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro de UnitedHealthcare Community Plan?	71
Cada año tiene derecho a solicitar que UnitedHealthcare Community Plan le envíe determinada información	74
Fraude y abuso	75
¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?	75
Para denunciar el malgasto, abuso o fraude, reúna toda la información posible	76
Usted tiene derecho a respeto y dignidad, incluyendo la libertad del abuso, la negligencia y la explotación	76
¿Qué son el abuso, la negligencia y la explotación?	76
Glosario de terminología de atención médica administrada	78
Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad	81
Aviso de privacidad de la información financiera	86


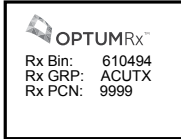
Importantes puntos del plan de salud

Su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan

¿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 su hijo. Recibirá una nueva tarjeta de identificación si cambia de Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP) de su hijo.

Verifique la tarjeta de su hijo 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 de su hijo al médico para verificar la cobertura al obtener servicios. La tarjeta de identificación no es una garantía de beneficios o cobertura.

	
Health Plan/Plan de salud (80840) 911-87726-04	
Member ID/ID del Miembro: 999994155	Group/grupo: TXSTAR
Member/Miembro: NEW ENGLISH	Payer ID/ID del Pagador: 87726
PCP Name/Nombre del PCP: DOUGLAS GETWELL PCP Phone/Teléfono del PCP: (281)383-9763	Effective Date/ Fecha de vigencia 11/01/2011
	
0709 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 las 24 horas o tan pronto como sea posible. Esta tarjeta no garantiza la cobertura.	
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.uhcommunityplan.com	888-887-9003
Medical Claims: PO Box 5270, Kingston, NY, 12402-5270	
Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 65033, Dallas, TX 75269-0334	
For Pharmacists: 877-305-8952	

Cómo leer su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan

Su tarjeta de identificación tendrá el logotipo de STAR y el de UnitedHealthcare Community Plan. Esto le permitirá saber a su proveedor que usted es un miembro de UnitedHealthcare Community Plan. En su tarjeta aparecerá su nombre, el número de identificación, la fecha en que se asoció al programa UnitedHealthcare Community Plan y su fecha de nacimiento. Además, en su tarjeta también aparecerá el número de su grupo.

Recuerde llevar con usted la tarjeta de identificación y presentarla siempre que obtenga servicios.

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.

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

Su tarjeta de Your Texas Benefits (YTB) Medicaid

Cuando usted ha sido aprobado para Medicaid, usted obtendrá una tarjeta YTB de Medicaid. Esta tarjeta de plástico será su Tarjeta de Medicaid. Usted debe llevarla consigo y protegerla como si fuera su licencia de manejar o una tarjeta de crédito. Su doctor puede usar esta tarjeta para saber si usted tiene beneficios de Medicaid cuando tiene una consulta.

Solo se le emitirá una tarjeta y recibirá una nueva solo si la pierde o se la roban. Si pierde o le roban su tarjeta de Medicaid, puede obtener una nueva llamando sin cargo al 1-800-252-8263, o ingresando en línea para solicitar o imprimir una tarjeta temporal en www.YourTexasBenefits.com.

Si usted no está seguro si tiene cobertura por Medicaid, puede saberlo llamando gratuitamente al número 1-800-252-8263. Usted también puede llamar al número 2-1-1. Primero escoja el idioma que requiera y después escoja la opción 2.

Su información de salud es una lista de servicios médicos y medicamentos que ha recibido a través de Medicaid. La compartimos con los médicos de Medicaid para ayudarlos a decidir qué atención médica necesita. Si no desea que sus médicos vean su información médica y dental a través de la red segura en línea, llame gratis al 1-800-252-8263 u opte por no compartir su información médica en www.YourTexasBenefits.com.

La tarjeta YTB de Medicaid tiene la siguiente información anotada en el frente:

- Su nombre y su número de identificación de Medicare
- La fecha en que la tarjeta fue enviada
- El nombre del programa de Medicaid en el cual usted se encuentra, si usted recibe:
 - Medicare (QMB, MQMB),
 - El Programa de mujeres sanas en Texas (Healthy Texas Women – HTW),
 - Hospicio,
 - STAR Health,
 - Medicaid de emergencia, o
 - Probable elegibilidad para mujeres embarazadas (PE).
- Información que su farmacia necesitará para enviar una factura a Medicaid
- El nombre de su doctor y farmacia si usted se encuentra dentro del programa Medicaid Lock-in

Importantes puntos del plan de salud

El reverso de la tarjeta de YTB Medicaid tiene un sitio web que puede visitar (www.YourTexasBenefits.com) y un número de teléfono al que puede llamar gratis (1-800-252-8263) si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

Si olvida su tarjeta, su doctor, dentista o farmacia pueden usar el teléfono o Internet para asegurarse de que reciba los beneficios de Medicaid.

El portal del cliente de Medicaid YourTexasBenefits.com

Puede usar el portal del cliente de Medicaid para hacer todo lo siguiente para usted o para cualquier persona cuya información médica o dental usted tenga permiso para acceder:

- Ver, imprimir y solicitar una tarjeta YTB Medicaid
- Ver sus planes médicos y dentales
- Ver la información de sus beneficios
- Ver las alertas de Pasos Sanos de Texas de STAR y STAR Kids
- 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 tarjeta temporal de identificación de Medicaid (Formulario 1027-A)

Puede solicitar una forma de verificación temporal de Medicaid si se pierde o se roba 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 identificación temporal de Medicaid.

- Lleve su tarjeta de identificación 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.

4.15.1 Medicaid Eligibility Verification (Form H1027-A)

THIS FORM COVERS ONLY THE DATES SHOWN BELOW. IT IS NOT VALID FOR ANY DAYS BEFORE OR AFTER THESE DATES.

Each person listed below has applied and is eligible for MEDICAID BENEFITS for the dates indicated below, but has not yet received a client number. Do not submit a claim until you are given a client number. Pharmacists have 30 days from the date the number is issued to file clean claims. However, check your provider manual because other providers may have different filing deadlines. Call the eligibility worker named below if you have not been given the client number(s) within 15 days.

Each person listed below is eligible for MEDICAID BENEFITS for dates indicated below. The Medicaid Identification form is held or late. The client number must appear on all claims for health services.

Client Name: [Redacted] Date of Birth: [Redacted] Eligibility Dates: [Redacted]

Client Name	Date of Birth	Eligibility Dates	Medicaid Class No.	Plan Name and Member Services
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Ejemplo del formulario temporal de Medicaid, reverso

Ejemplo del formulario temporal de Medicaid, frente

Proporcionar información/información para el proveedor

Only those people listed under "CLIENT NAME" have Medicaid coverage. Payment is allowed ONLY for services received during the eligibility dates reflect on the front of this form.

Note: Payment for Family Planning Services is available without the consent of the client's parent or spouse. Confidentiality is required. Family planning drugs, supplies, and services are exempt from the prescription drug and "LIMITED" restrictions.

If there is a health plan named on the front of this form, the client is a member of that health plan in a Medicaid Managed Care program.

Key to terms that may appear on this form:

Limited: Except for family planning services, and for Texas Health Steps (TPSDT) medical screening, dental, and hearing aid services, the client is limited to seeing the doctor and/or limited to using the pharmacy named on the form for drugs obtained through the Vendor Drug Program. In the event of an emergency medical condition as defined below, the "LIMITED" restriction does not apply.

Emergency: The client is limited to coverage for an emergency medical condition. This means a medical condition (including emergency labor and delivery) requiring immediate medical attention (patient severity (including severe pain) such that the absence of immediate medical care could reasonably be expected to result in (1) placing the patient's health in serious jeopardy, (2) serious impairment to bodily functions or (3) serious dysfunction of any bodily organ or part.

Hospital: The client is in hospital and wishes the right to receive services related to the terminal condition through other Medicaid programs. If client demands have concerned hospital, call the local hospice agency or HHSC to verify.

QMS: The Medicaid agency is providing coverage of Medicare premiums, deductibles, and coinsurance liabilities, but the clients are eligible for regular Medicaid benefits.

QMSB: The Medicaid agency is providing regular Medicaid coverage as well as coverage of Medicare premiums, deductibles, and coinsurance liabilities.

PE: Medicaid covers only family planning and medically necessary subfertility services.

Women's Health Program: Medicaid coverage is limited to an annual exam, health screenings and contraceptives. The client is not eligible for regular Medicaid benefits.

Note to Pharmacy: Medicaid will pay for more than three prescriptions each month for any Medicaid client who is under age 21, or lives in a nursing facility, or has the STAR+PLUS Health Plan, or gets services through the Community Living Assistance and Support Services (CLASS), Community Based Alternatives (CBA) and other non-SB community based waiver programs. Clients with Medicare who are enrolled in STAR+PLUS may be limited to three prescriptions per month.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 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.

¿Puede un especialista ser considerado un proveedor de atención primaria?

En casos especiales, un especialista puede ser su PCP. Usted, el PCP, el especialista y UnitedHealthcare Community Plan tomarán esta decisión. Para obtener información, llame a Servicios para Miembros.

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

¿Cómo elijo o cambio de 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 **[UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com)**.

¿Qué debo llevar a mi cita médica?

Debe llevar su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y su tarjeta de identificación de YTB Medicaid cuando reciba servicios de atención médica. Deberá mostrar su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y su tarjeta YTB Medicaid cada vez que necesite recibir servicios. Si tiene un médico nuevo, lleve todos los registros médicos importantes que tenga, además de cualquier medicamento recetado por un doctor.

¿Puede una clínica ser mi Proveedor de Atención Primaria?

Su PCP puede ser un médico, una clínica, un Centro Médico Rural (Rural Health Center, RHC) o un Centro de Atención Médica con Certificación Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC). Si asiste a un médico que le gusta, puede continuar consultando a ese médico si este pertenece a la red de UnitedHealthcare Community Plan.

Si su médico es un especialista, este podría tener autorización para ser su PCP. Si su médico NO pertenece a la red de UnitedHealthcare Community Plan, llame a Servicios para Miembros para elegir un PCP. Si no elige un médico, se le asignará uno. UnitedHealthcare Community Plan le enviará una tarjeta de identificación con el nombre y número de teléfono de su PCP.

¿Qué sucede si voy a un médico que no es mi Proveedor de Atención Primaria?

Excepto en casos de emergencia, siempre llame a su PCP antes de ir a otro médico u hospital. Puede llamar a su PCP o a un médico de apoyo las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si visita a otro médico que no es su PCP, es posible que deba pagar la factura.

Si va a otro médico que no es su PCP, es posible que tenga que pagar la factura.

¿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.

¿Tiene preguntas acerca de cómo consultar con un proveedor?

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

Para ir al doctor

¿Cuántas veces puedo cambiar mi Proveedor de Atención Primaria o el de mi hijo?

No hay límite en el número de veces que puede cambiar su Proveedor de Atención Primaria, o el de su hijo. Puede cambiar de Proveedor de Atención Primaria llamándonos gratis al **1-888-887-9003** o escribiendo a:

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

¿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

¿Existe alguna razón por la que podrían denegar mi solicitud de cambiar de Proveedor de Atención Primaria?

- Solicitó un PCP que no forma parte del plan de salud UnitedHealthcare Community Plan
- Solicitó un PCP que no acepta pacientes nuevos porque ya atiende a demasiados pacientes

¿Un Proveedor de Atención Primaria me puede derivar a otro Proveedor de Atención Primaria por falta de cumplimiento?

Sí, si su PCP cree que usted no sigue sus consejos médicos o si usted no asiste a las citas, el médico puede solicitarle que visite a otro médico. Su PCP le enviará una carta en la que le informará que debe buscar otro médico. Si esto sucede, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**. Lo ayudaremos a encontrar otro médico.

Planes de incentivos para doctores

UnitedHealthcare Community Plan no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para doctores si los pagos están diseñados para inducir a los proveedores a reducir o limitar los servicios cubiertos médicamente necesarios a los miembros. 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 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.

¿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.

Para ir al doctor

¿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 obtengo ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental), alcoholismo 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 1-888-872-4205 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. El Servicio 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.

Si se encuentra ante una situación de crisis y tiene problemas con la línea telefónica, llame al **9-1-1** o vaya a la sala de emergencias más cercana y comuníquese con UnitedHealthcare Community Plan dentro de las 24 horas.

¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y la administración de casos específicos de salud mental? ¿Cómo obtengo estos servicios?

Los Servicios de rehabilitación para la salud mental son un programa basado en la comunidad. Estos servicios se proveen a las personas con desórdenes de la salud mental. Usted aprenderá nuevas habilidades. Estas nuevas habilidades le añadirán nueva fuerza y nuevas habilidades. Las nuevas habilidades le ayudarán a usted en tiempo de crisis. El proveedor de la salud mental evaluará las necesidades que usted tenga para estos servicios. Estos servicios pueden ser provistos con otros servicios para la salud mental.

La Administración de los casos definidos de la salud mental es un programa basado en la comunidad. Estos servicios son provistos para personas que padecen de desórdenes de la salud mental. Su proveedor de salud mental lo conectará con un miembro de nuestro personal. Esa persona es su administrador de caso. Su administrador de caso trabajará con usted para encontrar los servicios o recursos existentes en su área para brindarle ayuda. El administrador de caso puede ir a su domicilio. Usted también puede verlo en su oficina. Estos servicios pueden ser provistos por otros servicios para la salud mental.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 22
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que necesita. El doctor le dará una receta para llevar a la farmacia o tal vez pida el medicamento recetado por usted. Texas Medicaid cubre cientos de medicamentos recetados de cientos de farmacias. Una lista de medicamentos comúnmente cubiertos se encuentra en la Lista de medicamentos preferidos de Texas (PDL) o en el Formulario. UnitedHealthcare Community Plan pagará cualquier medicamento que figure en el formulario de medicamentos de UnitedHealthcare Community Plan y puede pagar otros medicamentos si se autoriza previamente. Consulte a continuación para obtener información sobre la autorización previa. Puede surtir su receta en cualquier farmacia de la red. Todo lo que tiene que hacer es mostrar su tarjeta de identificación de UnitedHealthCare Community Plan y su tarjeta de identificación YourTexasBenefits.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Para recibir asistencia, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **1-888-887-9003** o busque una farmacia en nuestro sitio web en UHCCommunityPlan.com.

¿Qué sucede si voy a una farmacia que no pertenece a la red?

Es posible que esto afecte su capacidad para obtener los medicamentos que necesita. Para recibir asistencia o encontrar una farmacia de la red, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **1-888-887-9003**. También puede ir a nuestro sitio web en UHCCommunityPlan.com.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Necesitará su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan y su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid. Si usted tiene cobertura con otro plan de seguro, tenga también la tarjeta del otro seguro.

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos?

Algunas farmacias están en nuestro programa de envío. Pregunte en la farmacia si envían a miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

Para obtener una lista de las farmacias de la red que envían, vaya a esta dirección web:

https://www.uhccommunityplan.com/content/dam/uhccp/plandocuments/findapharmacy/Texas_Listing_of_Delivery_Pharmacies.pdf

O

https://www.uhccommunityplan.com/tx/medicaid/star_kids > Pharmacy > Find a Pharmacy > Search for a Pharmacy > Filters and advanced search > (select filter) Retail pharmacy delivery.

¿A quién puedo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos?

Puede obtener todas las recetas de su médico en cualquier farmacia que acepte UnitedHealthcare Community Plan. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. Siempre recuerde llevar su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid cuando visite al médico o cuando vaya a la farmacia.

¿Qué es una aprobación previa (autorización) de medicamentos recetados?

Si su medicamento recetado no está incluido en la PDL, o está en la lista pero requiere aprobación previa, su proveedor de atención puede solicitar una aprobación previa para usted, de modo que aún pueda obtener ese medicamento. Aprobaremos o rechazaremos la solicitud dentro de las 24 horas. Si se aprueba una solicitud, usted y su médico serán informados de la decisión por escrito, incluido el plazo de aprobación del medicamento. Si se rechaza una solicitud, usted y su proveedor de atención serán informados de la decisión por escrito. El aviso de decisión por escrito le indicará cómo y cuándo apelar esta decisión y presentar una queja o reclamación ante UnitedHealthcare Community Plan.

¿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 pierdo mis medicamentos?

Para recibir asistencia, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **1-888-887-9003**.

¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?

Ciertos equipos médicos duraderos (DME) y productos que se encuentran normalmente en una farmacia están cubiertos por Medicaid. Para todos los miembros, UnitedHealthcare Community Plan paga por nebulizadores, artículos para la ostomía y otros artículos y equipo si son médicamente necesarios. Para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), UnitedHealthcare Community Plan también paga artículos médicamente necesarios, como medicamentos recetados por un doctor que se compran sin receta, pañales, fórmula para bebés y algunas vitaminas y minerales.

Para más información sobre estos beneficios o preguntas acerca de si su farmacia provee DME u otros suministros, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

Para ir al doctor

¿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. Cuando se cambia a un MCO diferente, no se cambia su estado de Lock-in.

Si lo ponen en el Programa 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 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 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 cardiaca
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica o EPOC (COPD en inglés)
- Enfermedad de las arterias coronarias
- Obesidad

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

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 Administrador de Caso.

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

Aviso importante para la mujer: UnitedHealthcare Community Plan le permite escoger a cualquier ginecoobstetra, esté o no en la misma red que su Proveedor de Atención Primaria.

Usted tiene el derecho de escoger a un ginecoobstetra sin un envío a servicios del Proveedor de Atención Primaria. Un ginecoobstetra 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 obstetricia/ginecología que brinda su médico. También puede elegir un especialista en obstetricia/ginecología para que se encargue de sus necesidades de salud femeninas. El obstetra/ginecólogo 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, junto con su médico, trabajará en conjunto para asegurar que usted reciba la atención que necesita.

¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo como mi Proveedor de Atención Primaria? ¿Necesitaré una referencia?

Si su obstetra/ginecólogo está de acuerdo en ser su Proveedor de Atención Primaria, solicítele que se comunique con nuestro equipo de Servicios para Miembros.

Para ir al doctor

¿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.**

¿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 UHCCommunityPlan.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.

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

¿Qué ocurre si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar?

El UnitedHealthcare Community Plan sabe que las mamás saludables tienen bebés saludables. Esa es la razón por la cual nosotros tomamos cuidados especiales con las futuras madres. Nosotros tenemos un programa especial prenatal llamado Healthy First Steps (Primeros Pasos Saludables), el cual le brinda a usted información y ayuda.

Si usted está o pudiera estar embarazada:

- Podemos ayudarle con su embarazo
- Healthy First Steps le proveerán con la educación y ayuda para reducir los problemas durante su embarazo
- Consulte con su PCP o un OB/GYN. Para ello usted no tiene que ver primero a su PCP

Así es como:

- Haga una cita con un OB/GYN. Usted debe tratar de visitarle dentro de los 10 días siguientes (o aun más pronto, si es posible) para su primera vista prenatal.
- El OB/GYN que usted seleccione TIENE QUE SER parte de nuestra red de proveedores
- Es importante para las mujeres embarazadas que vean a su doctor muchas veces durante su embarazo, aun cuando no se trate del embarazo con su primer hijo
- Si usted no tiene ya a un OB/GYN, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de parto?

Para encontrar un centro de parto, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece el plan a las mujeres embarazadas?

Las mujeres embarazadas no solo obtiene servicios de Administración de casos a través de nuestro programa Healthy First Steps, sino también ellas reciben servicios especiales. A las mujeres embarazadas se les enviará un libro que es una guía para las miembros embarazadas. Este libro ofrece información acerca de varios temas del embarazo. 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 para miembros menores de 21 años. Los servicios de emergencia no requieren autorización previa. Estamos aquí para responder a sus preguntas y ayudarla a obtener los servicios que usted necesita.

1-800-599-5985, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Gane grandes recompensas.

- Recompensas Healthy First Steps por asistir a sus prenatales y de posparto
- Obtenga una tarjeta de regalo por \$20 solo por registrarse
- Gane hasta un total de 8 recompensas

Para registrarse visite UHCHealthyFirstSteps.com.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 28
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Para ir al doctor

¿Puedo elegir un Proveedor de Atención Primaria para mi bebé antes de que nazca?

Sí. Puede elegir un PCP para su bebé de la lista de médicos del programa STAR de UnitedHealthcare Community Plan en cualquier momento antes de que nazca su bebé. Es una buena idea para que pueda conocer al médico. Llame a Servicios para Miembros si desea recibir ayuda para elegir a un PCP para su bebé.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar el PCP de mi bebé?

Puede cambiar el PCP de su bebé de la misma manera en que cambia su PCP. Si desea cambiar el PCP de su bebé, si quiere cambiar el PCP de su bebé, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**.

¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?

Por lo menos durante 90 días después de su nacimiento, el bebé tendrá cobertura bajo el mismo plan de salud que usted. Usted puede pedir un cambio de plan de salud antes de los 90 días llamando al Corredor de inscripción al 1-800-964-2777.

Nota: No puede cambiar de plan de salud mientras su bebé esté en el hospital.

¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido? ¿Cómo y cuándo debo avisar a mi plan de salud? ¿Cómo y cuándo debo avisar a mi trabajador de casos?

Llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** e infórmenos sobre el nacimiento de su bebé en cuanto nazca. Solicite una enfermera del programa Healthy First Steps. Además, llame al 1-800-252-8263 para comunicarse con el asistente social de la Comisión de Servicios Humanos y de Salud de Texas, y solicite asistencia temporal para familias necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) si necesita recibir asistencia para comprar alimentos para usted y su bebé.

¿Cómo puedo recibir cuidados de salud después de que mi bebé ha nacido (y yo no estoy ya cubierta por Medicaid)?

Después de que su bebé ha nacido, usted puede perder su cobertura con Medicaid. Usted podría obtener algunos servicios para los cuidados de la salud a través del Programa de salud para las mujeres en Texas (Texas Women's Health Program) y el Departamento de Servicios de Salud del Estado (Department of State Health Services – DSHS). Estos servicios son para mujeres que solicitan estos servicios y que son aprobadas.

Programa Healthy Texas Women

El Programa de Mujeres sanas de Texas (Healthy Texas Women) brinda exámenes para el planificación familiar, pruebas de salud relacionadas y contraceptivos para mujeres entre las edades de 18 a 44 años cuyos ingresos familiares se encuentran al nivel o por debajo de los límites de ingresos fijados por el programa (185 por ciento del nivel de pobreza federal). Usted debe presentar una solicitud para conocer si puede calificar para los servicios dentro de este programa.

Para conocer más acerca de los servicios disponibles a través del Programa de Mujeres sanas de Texas (Healthy Texas Women), escriba, llame o visite el sitio de internet del programa en:

Healthy Texas Women
P.O. Box 14000
Midland, TX 79711-9902
Teléfono: 1-800-335-8957
Internet: www.texaswomenshealth.org/
Fax: (gratuitamente) 1-866-993-9971

Programa de atención primaria de salud del DSHS

El Programa de atención primaria de salud del DSHS sirve a mujeres, niños y hombres que no pueden obtener la misma atención a través de un seguro médico u otros programas. Para obtener servicios a través de este programa, los ingresos monetarios de una persona deben ser iguales o inferiores a los límites de ingreso del programa (200 por ciento del nivel federal de pobreza). Una persona aprobada para estos servicios puede tener que pagar un copago, pero nadie es rechazado por los servicios debido a la falta de dinero.

La atención primaria de salud se enfoca en la prevención de enfermedades, la pronta detección y la intervención temprana de problemas de salud. Los principales servicios prestados son:

- Diagnóstico y tratamiento
- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Servicios de salud preventivos, que incluyen vacunaciones y educación acerca de la salud, así como servicios de laboratorio, rayos X, medicina nuclear u otros servicios apropiados para el diagnóstico

Los servicios secundarios que se pueden proporcionar son servicios de nutrición, exámenes de salud, atención médica domiciliaria, atención dental, traslados a visitas médicas, medicamentos que su doctor ordena (medicamentos recetados), suministros médicos duraderos, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies dañados (servicios de podología) y servicios sociales.

Para ir al doctor

Usted podrá solicitar los servicios de Atención Primaria de Salud en ciertas clínicas en su área. Para encontrar una clínica donde pueda usted presentar una solicitud, visite el localizador de clínicas de servicios de salud familiar y comunitaria de DSHS en <http://txclinics.com/>.

Para obtener más información acerca de los servicios que usted puede obtener a través del programa de atención primaria de salud, envíe un correo electrónico, llame por teléfono o visite el sitio en internet del programa:

Sitio en internet: www.dshs.state.tx.us/phc/

Teléfono: 512-776-7796

Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa para los cuidados de atención primarios extendidos DSHS

El Programa para los cuidados de atención primarios extendidos brinda servicios primarios y preventivos, así como pruebas de diagnóstico a mujeres de 18 o más años de edad quienes estén al nivel o por abajo del nivel de los límites de ingresos fijados por el programa (200 por ciento del nivel federal de pobreza). Los servicios directos y de extensión comunitaria se brindan a través de clínicas comunitarias bajo contrato con DSHS. Trabajadores de salud en la comunidad asegurarán que las mujeres obtengan los servicios preventivos y pruebas médicas que necesitan. Algunas clínicas pueden ofrecer ayuda con la alimentación dando el pecho.

Usted puede solicitar esos servicios en ciertas clínicas en su área. Para localizar a una clínica en donde usted pueda solicitarlos, visite el localizador de clínicas para los Servicios de Familia y Salud Comunitaria DSHS (DSHS Family and Community Health Services Clinic) en <http://txclinics.com/>.

Para conocer más acerca de los servicios que usted puede conseguir a través de los Servicios de Familia y Salud Comunitaria DSHS (DSHS Family and Community Health Services Clinic), visite el sitio en internet del programa, llame o envíe un correo electrónico a:

Internet: www.dshs.state.tx.us/ephc/Expanded-Primary-Health-Care.aspx

Teléfono: 512-776-7796

Fax: 512-776-7203

Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa de Planificación Familiar de DSHS

El programa de planificación familiar tiene clínicas a través del Estado que brindan control anticonceptivo de bajo costo y de fácil uso para mujeres y hombres. Para encontrar una clínica en su área, visite al localizador de clínicas para los Servicios de Familia y Salud Comunitaria DSHS (DSHS Family and Community Health Services Clinic) en <http://txclinics.com/>. Para conocer más acerca de los servicios que usted puede obtener a través del Programa de Planificación Familiar, visite el sitio en internet del programa, llame o envíe un correo electrónico a:

Internet: www.dshs.state.tx.us/ephc/Expanded-Primary-Health-Care.aspx

Teléfono: 512-776-7796

Fax: 512-776-7203

Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

¿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 estoy fuera de la ciudad o de viaje?

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 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.

¿Cómo puedo actualizar mi dirección o mi número de teléfono?

El padre adoptivo o el asistente permanente para la administración de los cuidados pueden ponerse en contacto con el especialista en la elegibilidad para adopción asignado a su caso en DFPS. Si el padre o guardián no conoce quién es el especialista asignado. Ellos deben contactar a la línea directa de DFPS al 1-800-233-3405 para saberlo. El padre o guardián debe contactar al especialista en asistencia para la elegibilidad de adopción para que le ayuden con el cambio de dirección.

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

Usted puede cambiar de planes de salud llamando a la línea directa de los programas Texas STAR, STAR Kids, o a STAR+PLUS al 1-800-964-2777. Usted puede cambiar de planes tan a menudo como quiera. Si usted llama para cambiar de planes el día 15 del mes o antes, el cambio tomará efecto el primer día del mes siguiente. Si usted llama después del día 15 del mes, el cambio tomará lugar el primer día del segundo mes después de la fecha en que llamó.

Por ejemplo:

- Si usted llama el 15 de abril o antes, su cambio tomará lugar el día 1º de mayo
- Si usted llama después del día 15 de abril, su cambio tomará lugar el día 1º de junio

¿A quién llamo?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda de STAR de Texas 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 vigencia el cambio de mi plan 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?

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.

¿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.

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

Los traductores 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.

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

¿Qué significa “medicamente necesario”?

Medicamente necesario significa:

1. Para los miembros desde nacimiento hasta los 20 años, los siguientes servicios de Pasos Sanos de Texas:
 - (a) servicios de detección y para la vista y la audición; y
 - (b) otros servicios de atención médica, entre ellos, servicios de salud mental y abuso de sustancias, que son necesarios para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental. La determinación de que un servicio es necesario para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental:
 - (i) debe cumplir con los requisitos de Alberto N., et al. v. Traylor, et al, acuerdos de liquidación parcial; y
 - (ii) puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2) (b-g) y (3)(b-g) de esta definición.
2. Para los miembros mayores de 20 años, servicios 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 acordes con el diagnóstico del padecimiento;
 - (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

Para ir al doctor

3. Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud mental y abuso de sustancias 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.

¿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 posestabilización.

¿Qué tan pronto puedo esperar recibir atención en una emergencia?

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

¿Qué es la pos estabilización?

Los servicios de atención de posestabilización 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 urgencia?

Otro tipo de cuidados de salud son los cuidados de urgencia. Hay algunas lesiones o enfermedades que probablemente no son emergencias pero que pudieran convertirse en emergencias si no se les da tratamiento en 24 horas. Algunos ejemplos son:

- Cortaduras o quemaduras leves
- Dolores de oídos
- Dolor de garganta
- Torceduras o esquinces de músculos

Para ir al doctor

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos de cuidados urgentes?

Para recibir cuidados urgentes, usted debe llamar a la oficina de su doctor aun si es por la noche o durante los fines de semana. Su doctor le dirá que es lo que usted debe hacer. En algunos casos, su doctor le dirá que acuda a una clínica de cuidados urgentes. Si su doctor le dice que necesita ir a una clínica de cuidados urgentes, usted no necesita llamar con anterioridad a la clínica de cuidados urgentes antes de ir. Usted necesita acudir a una clínica que acepte a UnitedHealthcare Community Plan Medicaid. Para obtener ayuda, llámenos sin costo para usted al **1-800-535-6714**. Usted también puede llamar a nuestra Línea de Ayuda de Enfermeras las 24 horas del día al 1-800-535-6714 y obtener los cuidados que necesita.

¿Qué tan pronto puedo ser atendido?

Usted puede ser examinado por un doctor dentro de 24 horas cuando tiene una cita para cuidados urgentes. Si su doctor le recomienda acudir a una clínica de cuidados urgentes, usted no tiene que llamar antes de ir a la clínica. La clínica de cuidados urgentes debe aceptar UnitedHealthcare Community Plan Medicaid. Si necesita ayuda para encontrar un centro de atención de urgencia, llame a Servicios para Miembros para ayuda al **1-888-887-9003**.

¿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 las cuatro semanas. 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.

¿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.

¿Qué cobertura para los servicios dentales en niños brinda UnitedHealthcare Community Plan?

UnitedHealthcare Community Plan cubre servicios dentales de emergencia en hospitales o centros ambulatorios de cirugía, incluyendo, pero no limitados a, pagos por:

- Tratamientos por dislocaciones de mandíbula
- Tratamientos por daños traumáticos a los dientes o a estructuras de soporte
- Remoción de quistes
- Tratamientos de abscesos en dientes y encías

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de hospital, doctores, y servicios médicos relacionados a las condiciones arriba mencionadas. Esto incluye los servicios necesarios que el doctor brinda a su hijo, como anestesia u otros medicamentos.

UnitedHealthcare Community Plan es también responsable por el pago de tratamientos y aparatos y dispositivos para las anomalías craneofaciales.

El plan Medicaid dental de su hijo provee todos los demás servicios dentales, incluyendo servicios que previenen las caries dentales y los servicios para resolver problemas de los dientes. Llame al plan dental de Medicaid de su hijo para conocer más acerca de los servicios que se ofrecen.

¿Están cubiertos por el plan de salud los servicios dentales de emergencia?

UnitedHealthcare Community Plan cubre de manera limitada los servicios de emergencias dentales en un hospital o centro ambulatorio de cirugía, incluyendo el pago por lo siguiente:

- Tratamientos por dislocaciones de mandíbula
- Tratamientos por daños traumáticos a los dientes o a estructuras de soporte
- Remoción de quistes
- Tratamientos de abscesos en dientes y encías
- Hospital, doctor y servicios médicos relacionados, tales como medicamentos, necesarios para las condiciones arriba mencionadas

¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?

Durante las horas normales de oficina, llame al dentista principal de su hijo y pregunte como puede obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia y la oficina de su dentista principal está cerrada, llámenos gratuitamente al número **1-888-887-9003** o llame al **9-1-1**.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 40
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Beneficios y servicios

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?

Los hospitales de la red UnitedHealthcare Community Plan STAR brindarán todos los elementos y servicios necesarios cuando los solicite su médico. Estos servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Alojamiento y comidas en habitación semiprivada, unidad cardíaca o de terapia intensiva
- Sangre total necesaria para tratamiento de enfermedades o lesiones
- Atención de parto (atención habitual y atención prenatal especial para mujeres embarazadas con problemas específicos)
- Atención neonatal (atención neonatal regular y atención de enfermería especial para bebés recién nacidos con problemas)
- Todos los servicios y suministros de apoyo necesarios ordenados por un médico
- Servicios de trasplante, que incluyen: hígado, corazón, pulmón, médula ósea y córnea
- Servicios de ambulancia para emergencias y situaciones de no emergencia para miembros con discapacidades graves
- Servicios de salud conductual y abuso de sustancias

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios:

- Servicios suministrados en la sala de emergencias o clínica hospitalaria
- Elementos o servicios de rehabilitación o exámenes que solicite su médico
- Cirugía que no requiera internación hospitalaria
- Servicios de salud conductual y abuso de sustancias (cuando son médicamente necesarios)

Centros de cirugía sin cita previa:

- Cirugía menor que no requiera internación hospitalaria

Servicios profesionales:

- Visitas al consultorio para atención regular, lo que incluye:
 - Atención para prevención de enfermedades (examen físico anual para adultos)
 - Atención médica regular
 - Vacunas para prevención de enfermedades (inmunizaciones)
- Servicios de análisis de laboratorio y radiografías, incluso análisis para prevenir defectos congénitos
- Servicios genéticos
- Servicios del oftalmólogo: para obtener más información, llame a Servicios para Miembros
- Servicio de emergencia dental
- Diálisis por problemas renales
- Servicios de planificación familiar

Otros servicios:

Servicios de clínica de salud rural, incluido lo siguiente:

- Servicios de médicos y sus servicios de apoyo
- Personal de enfermería y de trabajadores sociales
- Servicios de visitas de personal de enfermería
- Servicios básicos de laboratorio
- Servicios de maternidad
- Servicios de parteros certificados
- Centro de maternidad, incluso la admisión, trabajo de parto, parto, posparto y atención de obstetricia total
- Exámenes médicos de Texas Health Steps
- Terapia ocupacional, de audición, del habla o del lenguaje
- Centros de salud que cumplen con los requisitos federales (clínicas comunitarias que han atendido a las personas de la zona durante mucho tiempo. Quizás desee visitar una y ver qué tipo de servicios médicos ofrecen).

¿Cómo obtengo estos servicios?

Llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

Beneficios y servicios

¿Existen límites 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 servicios no están cubiertos?

Si desea saber si un procedimiento o medicamento está cubierto conforme a STAR, 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.

- Servicios de proveedores no aprobados
- Servicios del personal de enfermería de Ciencia Cristiana
- Dentaduras postizas
- Servicios o suministros no cubiertos por Medicaid tradicional
- 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
- Servicios provistos únicamente por razones de estética
- Operaciones para cambio de sexo
- Reversión de esterilización autorrequerida
- 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)
- Procedimientos o servicios experimentales o de investigación

¿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 23 de este Manual para miembros.

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

Los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental es un programa de servicios basados en la comunidad. Estos servicios se proveen a personas con problemas de salud mental. Usted aprenderá nuevas habilidades. Estas nuevas habilidades le ayudarán a desarrollar su fortaleza y habilidades. Estas habilidades le ayudarán en una crisis. Su proveedor de salud mental hará una evaluación acerca de su necesidad para estos servicios. Este tipo de servicios puede proveerse por otras entidades de servicios para la salud mental.

La Administración de Casos Definidos de Salud Mental es un programa basado en la comunidad. Estos servicios se proveen a personas con problemas de salud mental. Su proveedor de salud mental le conectará con un miembro de nuestro equipo. Esta persona será su administrador de caso. Su administrador de caso trabajará con usted para encontrar los servicios o recursos existentes en su área que pueden ayudarle. Su administrador de caso puede acudir a su casa. Usted también puede entrevistarse en la oficina del administrador de caso. Estos servicios también pueden ser provistos por otras entidades de servicios para la salud mental.

Planificación familiar

¿Cómo puedo obtener servicios de planificación familiar? ¿Necesitaré 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 un formulario de referencia. Dígale 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 www.texashealthywomen.org, o puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

Programa Pasos Sanos de Texas (Texas Health Steps)

¿Qué es Pasos Sanos de Texas?

Pasos Sanos de Texas es el programa de atención médica de Medicaid para niños, adolescentes y adultos jóvenes de STAR y STAR Kids, desde el nacimiento hasta los 20 años.

Pasos Sanos de Texas le brinda al niño:

- Exámenes médicos periódicos gratis, a partir del nacimiento
- Exámenes dentales gratis a partir de los 6 meses
- Un administrador de casos que puede averiguar qué servicios necesita su hijo y dónde obtener estos servicios

Los exámenes de Pasos Sanos de Texas:

- Encuentran problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar
- Evitan problemas de salud que dificultan que su hijo aprenda y crezca como otros niños de su edad
- Ayudan a su hijo a tener una sonrisa sana

Cuándo programar un examen:

- Usted recibirá una carta de Pasos Sanos de Texas que dice cuándo le toca un examen. Llame al doctor de su hijo para programar un examen.
- Haga la cita para la hora que le convenga más a su familia

Si el doctor o dentista encuentra un problema de salud durante un examen, su hijo puede recibir la atención que necesita; por ejemplo:

- Exámenes de la vista y anteojos
- Pruebas de la audición y audífonos
- Cuidados dentales
- Otra atención médica
- Tratamiento de otros padecimientos médicos

Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** o gratis a Pasos Sanos de Texas al 1-877-847-8377 (1-877-THSTEPS) si usted:

- Necesita ayuda para encontrar a un doctor o dentista
- Necesita ayuda para programar un examen
- Tiene preguntas sobre los exámenes o sobre Pasos Sanos de Texas
- Necesita ayuda para encontrar y recibir otros servicios

Si no puede llevar a su hijo al chequeo, es posible que Medicaid pueda ayudarle. Los niños con Medicaid y sus padres pueden obtener transporte gratuito hacia y desde el doctor, dentista, hospital o farmacia. Comuníquese con su MCO para obtener más información.

¿Cómo y cuándo recibo los exámenes médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas para mi hijo?

Todos los padres desean que sus hijos crezcan sanos y felices. Mantenerlos actualizados con todos los chequeos es una de las maneras de fomentar el bienestar de su hijo. Sus hijos deben visitar al médico en los siguientes momentos para sus chequeos de Pasos Sanos de Texas:

Planificación familiar

Bebés:

- Al nacimiento, mientras están en el hospital
- 3 a 5 días de vida
- 2 semanas
- A los 2, 4, 6 y 9 meses

Niñez temprana:

- A los 12, 15 y 18 meses
- 2, 3 y 4 años

Niñez:

- A los 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 años

Adolescencia:

- A los 14, 15, 16, 17, 18 y 20 años

Sus hijos deben visitar al dentista en los siguientes momentos para su examen de Pasos Sanos de Texas:

- Los niños deben comenzar a ir al dentista a los 6 meses, luego cada 6 meses después de eso, hasta los 20 años de edad

Comuníquese con cualquier médico de Pasos Sanos de Texas cuando sea el momento de que su hijo deba hacerse un chequeo. Si no está seguro de que su hijo esté actualizado con la atención médica, de servicios dentales, de la vista o la audición, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**.

Recuerde que, si no mantiene actualizados los exámenes y vacunas de Pasos Sanos de Texas de su hijo, se puede reducir su cheque de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF).

¿Es necesario que mi médico de Pasos Sanos de Texas forme parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan?

No, cualquier médico de Pasos Sanos de Texas puede atender a su hijo. Mediante la realización de chequeos habituales, su médico puede detectar y tratar problemas antes de que se tornen graves. No necesita una referencia. Usted es libre de elegir a cualquier médico de Pasos Sanos de Texas.

¿Es necesario que tenga una referencia?

No, no necesita una referencia para los servicios de Texas Health Steps.

¿Qué sucede si necesito cancelar una cita?

Llame al consultorio de su médico o dentista si necesita cancelar la cita de Pasos Sanos de Texas. Reprograme el chequeo lo antes posible para que su hijo se mantenga saludable.

¿Qué sucede si estoy fuera de la ciudad y mi hijo debe realizarse un chequeo de Pasos Sanos de Texas?

Si usted está fuera de la ciudad y su hijo debe realizarse un chequeo de Pasos Sanos de Texas, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. Ellos lo ayudarán a programar una visita a su médico en cuanto usted regrese.

¿Qué sucede si soy trabajador de campo migrante?

Los hijos de trabajadores agrícolas migrantes pueden recibir el chequeo médico de Pasos Sanos de Texas antes de que sea el momento. Puede recibir su chequeo antes si va a viajar fuera del área. Si piensa salir de la región, puede recibir su examen más pronto. Se debe concertar la cita y realizar el examen antes de viajar fuera del área. Puede llamar al **1-888-887-9003** si necesita ayuda para concertar la cita. Este beneficio es únicamente para hijos de trabajadores agrícolas migrantes y se considera un servicio “acelerado” conforme a Texas Health Steps o un servicio que se brinda antes del momento debido. Llámenos e infórmenos si alguien de su familia o sus parientes trabajan como trabajadores agrícolas migrantes.

Otros detalles del plan

¿Qué beneficios adicionales recibo como miembro de UnitedHealthcare Community Plan?

Servicios de valor añadido

Nosotros sabemos que los cuidados de salud son una parte importante de su vida. Nosotros estamos aquí para hacer las cosas más fáciles para usted. Por esa razón, nuestro plan incluye muchos servicios extras para su salud y su vida diaria.

Healthy First Steps

Las mujeres embarazadas que se inscriban en Healthy First Steps recibirán recompensas por completar oportunamente las visitas prenatales, de posparto y del bienestar del niño sano.

Términos: Todos los miembros embarazadas son elegibles. Deben inscribirse y actualizar visitas en Healthy First Steps para poder calificar y recibir recompensas. Una vez que nazca el bebé, el niño debe estar en un plan UnitedHealthcare Community Plan para continuar recibiendo recompensas. El máximo por cada recompensa de regalo es de \$20.

Paquete de suministros para la lactancia

Las nuevas mamás recibirán un paquete para ayudarlas a dar el pecho. El kit incluirá artículos como bolsas de almacenamiento en el congelador, crema de lanolina y almohadillas para el pecho.

Términos: Son elegibles las mujeres miembros embarazadas o aquellas que tuvieron un parto recientemente. Deben ser miembros de UnitedHealthcare Community Plan en el momento que tuvieron el parto.

Guía de Mikey

Los miembros con discapacidades pueden obtener la *Guía de Mikey para los campamentos de verano y las actividades para niños con discapacidades*.

Términos: Un guía por año. Para miembros de 20 años o menos.

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

Exámenes físicos de escuela y deportes

Los miembros obtienen un examen anual para deportes/escuela/campamentos.

Términos: Debe emplearse un proveedor dentro de la red. Incluye un examen por año. Edades de 4 a 19 años.

Servicios extras para la visión en adultos

Los miembros reciben hasta \$105 cada 2 años para cubrir lo siguiente:

- Una selección de armazones y lentes que sean mejores que los anteriores
- O lentes de contacto en lugar de anteojos
- Armazones y lentes dañados/perdidos

Términos: Debe emplearse a un proveedor dentro de la red. Hasta \$105 cada dos años. Los miembros deben ser mayores de 21 años. No se puede aplicar a un segundo par o para anteojos de repuesto.

Tarjeta de regalo por una visita para el bienestar

Los miembros reciben una tarjeta de regalo por \$25 por completar su visita de bienestar.

- La tarjeta de regalo por \$25 por completar su chequeo anual de Healthy First Steps de Texas

Acude a su cita. Al finalizar, inicie la sesión en myuhc.com/CommunityPlan. Presione sobre la pestaña Salud y Bienestar y prosiga al enlace de Recompensas para Miembros para tener acceso al formulario.

Términos: El miembro debe iniciar la sesión y validar el chequeo en la página de internet o enviar por correo el formulario de canje firmado. Solamente hay una tarjeta de regalo por \$25 por chequeo por año. Usted debe usar un proveedor dentro de la red. La tarjeta de regalo no se puede utilizar para comprar boletos de lotería, alcohol o tabaco.

Ayuda para los miembros afectados por asma

Los miembros pueden solicitar 1 funda de colchón y 1 funda de almohada hipoalérgicas.

Términos: El miembro debe ser diagnosticado con asma o EPOC. El miembro debe estar bajo el manejo de casos para asma. Incluye 1 funda de colchón y funda de almohada por año.

Otros detalles del plan

Brazaletes con información

Los miembros con discapacidades intelectuales o del desarrollo (IDD) pueden obtener un paquete de 10 brazaletes con información para ayudar a identificar sus necesidades médicas y los nombres de los contactos de emergencia.

Términos: Incluye 1 paquete de brazaletes con información por año. Para miembros con IDD de 20 años o menores.

Libro de recursos

Las familias que adoptan enfrentan desafíos únicos y este libro de recursos, *The Connected Child (El niño conectado)*, proporcionará técnicas y estrategias para ayudar a dar la bienvenida a un nuevo niño en el hogar.

Términos: Solamente para miembros de AAPCA. Un libro por hogar. El libro solo está disponible en inglés.

Servicios dentales para adultos

Los miembros obtienen un beneficio anual de \$250 para cubrir:

- Exámenes orales de rutina
- Limpieza oral
- Rayos X

Los miembros también tienen acceso a descuentos por servicios que no están cubiertos.

Términos: Debe emplearse a un proveedor dentro de la red. Para miembros mayores de 21 años.

¿Cómo puedo obtener esos beneficios?

Es muy fácil obtener esos beneficios llamando a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**.

¿Cuáles otros servicios puede UnitedHealthcare Community Plan ayudarme a obtener?

El programa STAR cubre los siguientes servicios. Otros proveedores fuera de la red 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)

¿Cómo obtengo estos servicios?

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** si 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 Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener más información acerca de las clases y reuniones de educación sobre la salud.

¿Qué es la administración de casos para mujeres embarazadas y niños?

Administración de casos para mujeres embarazadas y niños

¿Necesita ayuda para encontrar y recibir servicios? Quizás un administrador de casos pueda ayudarle.

¿Quién puede obtener un administrador de casos?

Los niños, adolescentes, adultos jóvenes, desde el nacimiento hasta los 20 años, y las mujeres embarazadas que reciben Medicaid y:

- Tienen problemas de salud, o
- Corren un alto riesgo de desarrollar problemas de salud.

¿Qué hacen los administradores de casos?

Un administrador de casos se reunirá con usted y entonces:

- Se enterará de qué servicios necesita usted
- Encontrará servicios cerca de donde vive
- Le enseñará cómo encontrar y recibir otros servicios
- Se asegurará de que usted está recibiendo los servicios que necesita

¿Qué tipo de ayuda puede recibir?

Los administradores de casos pueden ayudarle a:

- Recibir servicios médicos y dentales
- Obtener artículos o equipo médicos
- Trabajar en asuntos escolares o educativos
- Tratar otros problemas

¿Cómo puede usted obtener un administrador de casos?

Comuníquese con UnitedHealthcare Community Plan al 1-888-887-9003, TDD/TTY: 7-1-1, o llame a Pasos Sanos de Texas al 1-877-847-8377, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes.

Para saber más, vaya a: www.dshs.state.tx.us/caseman.

53 ¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan,

o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Qué es la Intervención Temprana en la Niñez?

Intervención temprana en la niñez (ECI)

ECI proporciona servicios y apoyo a las familias de Texas y a sus hijos desde el nacimiento hasta los 36 meses que tienen retrasos en el desarrollo o discapacidades. Los servicios de ECI son únicos porque:

- Los padres y los profesionales trabajan juntos como un equipo
- Los servicios son convenientes para las familias
- Los niños aprenden nuevas habilidades a través de actividades cotidianas
- Los servicios se coordinan con otros en la comunidad
- Las familias de todos los niveles de ingresos reciben servicios de ECI

¿Necesito una referencia para esto?

Cualquier persona puede hacer una referencia (un padre, un miembro de la familia, un profesional de la salud, un trabajador social, un cuidador, un amigo o vecino). Simplemente llame a ECI al 1-888-754-0524. Un niño que ya tiene una condición médicamente diagnosticada que tiene una alta probabilidad de resultar en un retraso en el desarrollo califica automáticamente para ECI. Para empezar, llame a ECI y haga una referencia: 1-888-754-0524. Un profesional de ECI hará una evaluación para determinar si su hijo es elegible y discutirá con usted la necesidad de servicios.

¿Dónde puedo encontrar un proveedor de ECI?

Todos los profesionales de ECI tienen experiencia en el trabajo con bebés, niños pequeños y sus familias. Las especialidades licenciadas y/o acreditadas incluyen:

- Especialistas en Intervención Temprana
- Patólogos de habla y lenguaje
- Fisioterapeutas
- Terapeutas ocupacionales
- Dietistas registrados
- Consejeros profesionales
- Especialistas en audición y visión
- Trabajadores sociales
- Enfermeras

¿Qué es la administración de servicios y qué puede hacer un Administrador de servicios por mí?

La administración de servicios es un servicio que United Healthcare Community Plan brinda para ayudarlo a usted con su salud y bienestar. Un Administrador de servicios le ayudará a coordinar cualquier servicio o apoyo para satisfacer sus necesidades de atención médica. Si usted o su hijo tienen necesidades especiales de atención médica, llame a Servicios para Miembros y solicite hablar con un Administrador de servicios. Su Administrador de servicios mantendrá de manera confidencial todo lo que usted le comunique.

Su Administrador de servicios también puede:

- Organizar su atención médica con su proveedor de atención primaria
- Encontrar proveedores especializados
- Ayudar a coordinar su transportación a las visitas al doctor o al dentista
- Ayudar con cualquier servicio y apoyo médico, de salud conductual o con servicios a largo plazo
- Resolver cualquier problema con su atención médica o con los proveedores
- Localizar recursos de la comunidad para usted

¿Cómo puedo comunicarme con un Administrador de servicios?

Para contactar a un Administrador de servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**.

Transporte

Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT)

¿Qué son los servicios NEMT?

Los servicios de NEMT brindan transporte a citas de atención médica que no son de emergencia para miembros que no tienen otras opciones de transporte. Estos viajes incluyen transporte al doctor, dentista, hospital, farmacia y otros lugares en donde recibe servicios de Medicaid. Estos viajes NO incluyen viajes en ambulancia.

¿Qué servicios forman parte de los servicios NEMT?

- Pases o boletos para transporte como el transporte público dentro y entre ciudades o estados, incluso por tren o autobús
- Servicios de transporte de aerolíneas comerciales
- Servicios de transporte de respuesta a la demanda, que es el transporte de puerta a puerta en autobuses privados, camionetas o sedanes, incluidos los vehículos con acceso para sillas de ruedas, si es necesario
- Reembolso de millas para un participante de transporte individual (ITP) por un viaje completado verificado a un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, una parte responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir el costo de las comidas asociadas con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. La tarifa diaria por las comidas es de \$25 por día para el miembro y \$25 por día para un asistente autorizado.
- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir el costo del alojamiento asociado con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. Los servicios de alojamiento se limitan a estancia por la noche y no incluyen las comodidades utilizadas durante su estadía, como llamadas telefónicas, servicio a la habitación o servicio de lavandería.
- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir fondos antes de un viaje para cubrir los servicios autorizados de NEMT

Si necesita un asistente para viajar a su cita con usted, los servicios de NEMT cubrirán los costos de transporte de su asistente.

Los niños de 14 años o menos deben estar acompañados por un padre, tutor u otro adulto autorizado. Los niños de 15 a 17 años deben estar acompañados por un padre, tutor u otro adulto autorizado o tener el consentimiento de un padre, tutor u otro adulto autorizado en el archivo para viajar solos. No se requiere el consentimiento de los padres si el servicio de atención médica es de naturaleza confidencial.

Otros detalles del plan

¿Cómo conseguir transporte?

Su MCO le proporcionará información sobre cómo solicitar los servicios NEMT. Debe solicitar los servicios NEMT lo antes posible y al menos dos días hábiles antes de que necesite el servicio NEMT. En determinadas circunstancias, puede solicitar el servicio NEMT con menos tiempo del aviso. Estas circunstancias incluyen ser transportado después de ser dado de alta de un hospital; viajes a la farmacia para recoger medicamentos o suministros médicos aprobados; y viajes por condiciones de urgencia. Una afección urgente es una afección de salud que no es una emergencia, pero que es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento dentro de 24 horas. Usted debe notificar a su MCO antes del viaje aprobado y programado si se cancela su cita médica.

Llame a la Línea directa **Where's My Ride (Dónde está mi transporte)** al 1-866-528-0441, TTY 711, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes para hablar acerca de sus necesidades de transporte NEMT.

Responsabilidades adicionales de los miembros al usar los servicios de transporte que no sean de emergencia (NEMT)

1. Al solicitar los Servicios NEMT, debe proporcionar la información solicitada por la persona que organiza o verifica su transporte.
2. Debe seguir todas las reglas y regulaciones que afectan sus Servicios NEMT.
3. Debe devolver los fondos adelantados no utilizados. Debe proporcionar prueba de que asistió a su cita médica antes de recibir fondos anticipados en el futuro.
4. No debe abusar ni acosar verbal, sexual o físicamente a nadie mientras solicita o recibe los Servicios NEMT.
5. No debe perder boletos de autobús o fichas y debe devolver cualquier boleto de autobús o fichas que no use. Debe usar los boletos de autobús o fichas solo para ir a su cita médica.
6. Solo debe usar los Servicios NEMT para viajar hacia y desde sus citas médicas.
7. Si ha coordinado un servicio NEMT, pero algo cambia y ya no necesita el servicio, debe comunicarse con la persona que lo ayudó a organizar su transporte lo antes posible.

¿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 proveedor de cuidado primario de antes.

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

¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación?

Durante la renovación, una familia puede escoger nuevos planes médicos y dentales llamando al centro de llamadas de CHIPS/Children's Medicaid al 1-800-964-2777.

La renovación a Medicaid se completa cuando la familia firma y envía a HHSC la forma correcta de inscripción/transferencia si la familia escoge un nuevo plan médico o dental.

¿Qué sucede si recibo una factura de mi médico? ¿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 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 pasa si yo soy un cuidador de asistencia de cuidado permanente y necesito cambiar mi dirección?

El padre adoptivo de una persona recibiendo cuidados permanentes de asistencia debe contactar (o ser referido) a un especialista del Department of Family and Protective Services' Regional Adoption Assistance Eligibility Specialist (AAES) asignado a su caso. Si usted no conoce quien es su AAES, usted puede llamar a la línea directa de DFPS, 1-800-233-3405, para conocer quién ha sido designado como su especialista de elegibilidad. El AAES podrá asistirle con su cambio de dirección.

¿Qué sucede si tengo un seguro privado u 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.

Quejas y apelaciones

¿Qué hago si tengo una queja?

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 enviar su queja a: hhs.texas.gov/managed-care-help.

¿A quién llamo?

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

¿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.

Otros detalles del plan

¿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.

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

Sí, un representante del Servicio 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 por escrito 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 un aviso por escrito de la demora.

¿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 hábiles 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 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 de apelación 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, pero se le enviará un formulario de apelación, que debe firmar y devolver.

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
A la atención de: Complaint and Appeals Department
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Otros detalles del plan

¿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 del estado a más tardar 120 días después de la fecha en que la MCO envía por correo el aviso de decisión de la apelación. La opción del miembro de solicitar solo una Revisión de audiencia imparcial estatal a más tardar 120 días después de que la MCO envíe 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.

¿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 o su hijo 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 de su hijo 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 del plan, tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial ante el estado. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud y diciéndoles el nombre de la persona que usted quiere que lo represente. Un doctor u otro proveedor médico puede ser su representante.

Si quiere cuestionar una decisión tomada por el plan de salud, usted o su representante tiene que pedir la audiencia imparcial ante el estado dentro de los 120 días de la fecha de la carta de decisión del plan de salud.

Si no pide la audiencia imparcial ante el estado dentro de los 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 debe enviar una carta al plan de salud a la siguiente dirección:

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

Otros detalles del plan

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya negado o reducido, por lo menos hasta oír la decisión final de la audiencia imparcial ante el estado, si pide una audiencia imparcial ante el estado a más tardar: (1) 10 días de calendario después de la fecha en que el plan envíe la notificación de acción, ó (2) la fecha en que el servicio será reducido o suspendido según la carta del plan. Si no pide una audiencia imparcial ante el estado antes de esta fecha, el servicio que el plan de salud le negó será suspendido.

Si pide una audiencia imparcial ante el estado, recibirá un paquete de información con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales ante el estado 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 imparcial ante el estado. Si su apelación y audiencia imparcial ante el estado fueron rechazadas, es posible que deba pagar los servicios que recibió.

Si usted pierde la apelación de la audiencia imparcial ante el estado, UnitedHealthcare Community Plan podría recuperar los costos del servicio o beneficio que recibió mientras la apelación estaba pendiente. UnitedHealthcare no recuperará los costos de los servicios que recibió durante la apelación o la audiencia imparcial ante el estado sin el permiso por escrito de la HHSC.

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial ante el estado acelerada?

Si usted piensa que esperar una audiencia imparcial ante el estado pondrá en peligro grave 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

¿Puede un miembro solicitar una Revisión médica externa?

Si un miembro, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan de salud, el miembro tiene el derecho de solicitar una Revisión médica externa. Una Revisión médica externa es un paso adicional opcional que el miembro puede tomar para que se revise el caso antes de que se lleve a cabo la Audiencia imparcial ante el estado. El miembro puede nombrar a cualquier otra persona para que lo represente comunicándose con el plan de salud y dando el nombre de la persona que el miembro quiere que lo represente. Un proveedor puede ser el representante del miembro. El miembro o el representante del miembro 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

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

decisión de la apelación interna. Si el Miembro no solicita la Revisión médica externa dentro de 120 días, puede perder su derecho a una Revisión médica externa. Para solicitar una Revisión médica externa, el miembro o su representante 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

Si el miembro solicita una Revisión médica externa dentro de 10 días desde el momento en que ha recibido la decisión de la apelación del plan de salud, el miembro tiene el derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya negado, con base en los servicios previamente autorizados, al menos hasta que se toma la decisión final de la Audiencia imparcial ante el estado. Si el miembro no solicita una Revisión médica externa dentro de 10 días desde el momento en que haya recibido la decisión de la apelación del plan de salud, se suspenderá el servicio que el plan de salud denegó.

El miembro 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 la 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. El miembro puede realizar 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

Otros detalles del plan

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 acelerada?

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, sus padres o su representante legalmente autorizado pueden solicitar una Revisión médica externa acelerada y una Audiencia imparcial ante el estado acelerada escribiendo o llamando a UnitedHealthcare Community Plan. Para calificar para una Revisión médica externa acelerada y una Audiencia imparcial ante el estado acelerada 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.

Otros detalles del plan

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.

¿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.
- 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 cuidado primario. 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 cuidado primario.
 - 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 cuidado primario.
 - d. Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud o de proveedor de cuidado primario.
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.
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.

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

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. Solicite una audiencia imparcial ante el estado sin una Revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y reciba información sobre 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.
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 de hacer recomendaciones sobre los derechos y responsabilidades de los miembros de su plan de salud.

Otros detalles del plan

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 cuidado primario sin demora.
 - c. Hacer cualquier cambio de plan de salud y de proveedor de cuidado primario, 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 cuidado primario para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - g. Estar seguro de que tiene la aprobación de su proveedor de cuidado primario 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 cuidado primario 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.
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.

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

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 cuidado primario, 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 y 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 después de las horas normales de consulta, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
 - La explicación de un estado médico de emergencia, y de los servicios de emergencia y de posestabilización
 - El hecho de que no necesita la autorización previa de su proveedor de cuidado primario para recibir atención de emergencia
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de 9-1-1 o su equivalente local
 - 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 posestabilización

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 74
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Otros detalles del plan

- Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el proveedor de cuidado primario no presta
- Las pautas de práctica de UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan debe proveer a sus miembros de la información de como 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.

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 en “Report Fraud” para llenar 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

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
- Los detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude

Usted tiene derecho a respeto y dignidad, incluyendo la libertad del abuso, la negligencia y la explotación

¿Qué son el abuso, la negligencia y la explotación?

El abuso es una lesión o la falla para prevenir una lesión mental, emocional o sexual.

La negligencia da como resultado la mala alimentación o desnutrición, deshidratación, la medicación excesiva o insuficiente, condiciones de vida insalubre, etc. La negligencia también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, cuidados médicos e higiene personal.

Explotación es el mal uso de los recursos de otra persona con fines de ganancias personales o monetarias. Esto incluye la apropiación ilegal de cheques del Seguro Social o SSI (Ingresos Suplementarios de Seguridad), abusos en cuantías de cheques mancomunadas y tomar ilegalmente propiedades u otros recursos.

Otros detalles del plan

Para reportar el abuso, la negligencia y la explotación

La ley requiere que usted reporte las sospechas del abuso, la negligencia y la explotación, incluyendo el uso de restricción física inapropiada o aislamiento cometidas por un proveedor.

Llame al 9-1-1 para situaciones que son de emergencia.

Reporte por teléfono (cuando no sean emergencias); las 24 horas del día, los 7 días de la semana gratuitamente

Reporte al Departamento de Salud y Servicios Humanos llamando al 1-800-458-9858 si la persona quién está siendo abusada sufre de negligencia o se le explota reside o recibe servicios en:

- Una institución de reposo con cuidados de enfermería;
- Un centro de vida asistida;
- Un centro de cuidados durante el día para adultos;
- Un albergue con licencia, proveedor de cuidados para adultos; o
- Una agencia de servicios de apoyo en el hogar y la comunidad (HCSSA) o en una agencia de salud domiciliaria.

La sospecha de abuso, negligencia o explotación por una HCSSA debe también ser reportada al Departamento de Familia y Servicios de Protección (DFPS). Reporte todos los casos de sospecha del abuso, negligencia y explotación a DFPS llamando al 1-800-252-5400.

Reporte electrónicamente (casos que no sean emergencias)

Acuda a <https://txabusehotline.org>. Este es un sitio seguro en internet. Usted necesitará crear una cuenta y perfil protegida por clave.

Información útil para presentar un reporte

Cuando se reporte el abuso, la negligencia o la explotación, es útil mencionar los nombres, edades y números de teléfono de cada una de las personas involucradas.

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.

Otros detalles del plan

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.

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 médicamente 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.

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

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.

81 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, 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.

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.



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 myuhc.com/CommunityPlan, 88
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 libreng serbisyo upang maatulongan 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, ກະລຸນາໂທຫາເບີໂທລະສັບຂອງສະມາຊິກໂທພຣີທີ່ລະບຸໄວ້ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.



Estamos aquí para usted

Recuerde, siempre estaremos listos para responder a cualquier pregunta que tenga. Solo necesita llamar a Servicios 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

Harris Service Delivery Area Office
14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478

Hidalgo Service Delivery Area Office
210 S. 10th Street, Suite 1610
McAllen, TX 78501

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**

