



Guía para Miembros 2024

UnitedHealthcare Connected® (Plan Medicare-Medicaid)



Número gratuito **1-800-256-6533**, TTY **711**
De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes



es.UHCCommunityPlan.com
es.myuhc.com/CommunityPlan

United
Healthcare
Community Plan



Guía para Miembros de UnitedHealthcare Connected®

(Plan Medicare-Medicaid)

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Su cobertura de salud y de medicamentos del Plan Medicare-Medicaid UnitedHealthcare Connected®

Introducción a la Guía para Miembros

Esta guía describe su cobertura de UnitedHealthcare Connected® hasta el 31 de diciembre de 2024. Explica los servicios para el cuidado de la salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos con receta y los apoyos y servicios a largo plazo (long-term services and supports, LTSS). Los apoyos y servicios a largo plazo le ayudan a permanecer en su domicilio en vez de ir a un asilo de convalecencia o un hospital. Le ofrecemos sus beneficios cubiertos tanto por Medicare como por Texas Medicaid. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Este plan UnitedHealthcare Connected® es ofrecido por UnitedHealthcare Community Plan of Texas, LLC. Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro(s)” o “nuestra(s)” en esta **Guía para Miembros**, se refieren a UnitedHealthcare. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a UnitedHealthcare Connected®.

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia en otros idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-256-6533** (TTY **711**), 8 a.m.–8 p.m. local time, M–F. The call is free.

- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.
- UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comuniquen con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Puede llamar a Servicio al Cliente y pedirnos que anotemos en nuestro sistema que desea recibir los materiales en español, en letra grande, braille o en audio a partir de ahora.

Exenciones de Responsabilidad

UnitedHealthcare Connected® (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con Texas Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.**

La cobertura de UnitedHealthcare Connected® es una cobertura de salud que califica, llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en **irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families** para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.

El servicio de Nurse Hotline no se debe usar para necesidades de cuidado de urgencia ni de emergencia. En situaciones de emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias más cercana. La información proporcionada a través de este servicio es para su conocimiento solamente. El personal de enfermería no puede diagnosticar problemas ni recomendar tratamientos; tampoco sustituye el cuidado que le proporciona su médico. La confidencialidad de su información de salud se mantiene según la ley. El acceso a este servicio está sujeto a las Condiciones de Uso.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Índice

Capítulo 1	Información básica para el miembro.....	5
Capítulo 2	Números de teléfono y recursos importantes.....	14
Capítulo 3	Cómo usar la cobertura del plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos	28
Capítulo 4	Tabla de Beneficios.....	53
Capítulo 5	Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través del plan	120
Capítulo 6	Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de Medicare y de Texas Medicaid	140
Capítulo 7	Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos	153
Capítulo 8	Sus derechos y responsabilidades	158
Capítulo 9	Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	179
Capítulo 10	Cómo terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid	230
Capítulo 11	Avisos legales	237
Capítulo 12	Definiciones de palabras importantes	239



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Capítulo 1

Información básica para el miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre UnitedHealthcare Connected®, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y de Texas Medicaid, y sobre su membresía en dicho plan. También le explica qué esperar y qué otra información obtendrá de parte de UnitedHealthcare Connected®. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Bienvenido a UnitedHealthcare Connected®	6
Sección B	Información sobre Medicare y Medicaid	6
	Sección B1 Medicare	6
	Sección B2 Texas Medicaid	6
Sección C	Ventajas de este plan	7
Sección D	Área de servicio de UnitedHealthcare Connected®	8
Sección E	Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan	8
Sección F	Qué puede esperar cuando se inscriba por primera vez en un plan de salud.....	9
Sección G	Su Plan de Cuidado.....	9
Sección H	Prima mensual del plan UnitedHealthcare Connected®	9
Sección I	La Guía para Miembros	9
Sección J	Otra información importante que le enviaremos.....	10
	Sección J1 Su Tarjeta de ID de Miembro de UnitedHealthcare Connected®	10
	Sección J2 Directorio de Proveedores y Farmacias	11
	Sección J3 Lista de Medicamentos Cubiertos	12
	Sección J4 La Explicación de Beneficios	12
Sección K	Cómo mantener actualizado su registro de membresía.....	12
	Sección K1 Privacidad de la información de salud personal (PHI)	13



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A Bienvenido a UnitedHealthcare Connected®

UnitedHealthcare Connected® es un Plan Medicare-Medicaid. Un *Plan Medicare-Medicaid* es una organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyos y servicios a largo plazo (LTSS), así como otros proveedores. También cuenta con Coordinadores de Servicios y equipos de coordinación de servicios para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.

UnitedHealthcare Connected® fue aprobado por el estado de Texas y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para prestarle servicios como parte del Proyecto de Demostración de Cuidado Integrado para Personas con Elegibilidad Doble de Texas (Texas Dual Eligibles Integrated Care Demonstration Project).

El Proyecto de Demostración de Cuidado Integrado para Personas con Elegibilidad Doble de Texas es un programa de demostración administrado conjuntamente por Texas y el gobierno federal para proporcionar un mejor cuidado de la salud a las personas que tienen tanto Medicare como Texas Medicaid. En esta demostración, el estado y el gobierno federal desean probar nuevas maneras de mejorar la forma en que usted recibe sus servicios para el cuidado de la salud de Medicare y de Texas Medicaid.

Sección B Información sobre Medicare y Medicaid

Sección B1 Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- personas mayores de 65 años,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

Sección B2 Texas Medicaid

Texas Medicaid es un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Cada estado tiene su propio programa de Medicaid y decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién califica,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- cuál es el costo de los servicios.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando sigan las reglas federales.

Medicare y el estado de Texas deben aprobar UnitedHealthcare Connected® cada año. Usted puede recibir los servicios de Medicare y de Texas Medicaid a través de nuestro plan siempre y cuando:

- Cumpla los requisitos para participar en el Proyecto de Demostración de Cuidado Integrado para Personas con Elegibilidad Doble de Texas;
- Ofrezcamos el plan en su condado, **y**
- Medicare y el estado de Texas aprueben el plan.

Aunque nuestro plan deje de operar en el futuro, los requisitos que usted debe cumplir para recibir los servicios de Medicare y de Texas Medicaid no cambiarán.

Sección C Ventajas de este plan

Ahora usted recibirá todos sus servicios cubiertos por Medicare y por Texas Medicaid a través de UnitedHealthcare Connected®, incluidos los medicamentos con receta. **No tiene que pagar ningún cargo adicional por inscribirse en este plan de salud.**

UnitedHealthcare Connected® ayudará a que sus beneficios de Medicare y de Texas Medicaid funcionen mejor juntos y mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Usted podrá manejarse con **un solo** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Contará con un equipo de coordinación de servicios que usted ayudó a formar. Su equipo de coordinación de servicios puede incluir médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de salud que están para ayudarle a recibir el cuidado que usted necesite.
- Usted contará con un Coordinador de Servicios. Esta persona colaborará con usted, con UnitedHealthcare Connected® y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesite.
- Usted podrá dirigir su propio cuidado con la ayuda de su equipo de coordinación de servicios y de su Coordinador de Servicios.
- El equipo de coordinación de servicios y el Coordinador de Servicios colaborarán con usted para elaborar un Plan de Cuidado diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de coordinación de servicios estará a cargo de coordinar los servicios que usted necesite. Esto significa que, por ejemplo:
 - Su equipo de coordinación de servicios se asegurará de que sus médicos estén al tanto de todos los medicamentos que usted toma para que puedan reducir cualquier efecto secundario.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Su equipo de coordinación de servicios se asegurará de que los resultados de sus exámenes se compartan con todos sus médicos y demás proveedores.

Sección D Área de servicio de UnitedHealthcare Connected®

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado de Texas: Condado de Harris.

Solamente las personas que viven en este condado de nuestra área de servicio pueden obtener UnitedHealthcare Connected®.

Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan. Para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio, consulte la Sección J del Capítulo 8.

Sección E Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan

Usted cumple los requisitos de nuestro plan siempre y cuando:

- sea mayor de 21 años, **y**
- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aunque se encuentren físicamente en ella), **y**
- tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare, **y**
- sea ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos, **y**
- cumpla los requisitos de Texas Medicaid **y al menos una** de las siguientes condiciones:
 - tenga una discapacidad física o mental, y califique para el programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI), o
 - califique para Texas Medicaid porque recibe Servicios a Domicilio y en la Comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) del programa de exención; **y**
- NO esté inscrito en uno de los siguientes programas de exención 1915(c):
 - Servicios de Asistencia y Apoyo para la Vida en la Comunidad (Community Living Assistance and Support Services, CLASS)
 - Programa para Personas Sordas, Ciegas y con Múltiples Discapacidades (Deaf Blind with Multiple Disabilities, DBMD)
 - Servicios a Domicilio y en la Comunidad (HCBS)
 - Programa para la Vida en el Domicilio de Texas (Texas Home Living, TxHmL)



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección F **Qué puede esperar cuando se inscriba por primera vez en un plan de salud**

Cuando usted se inscriba por primera vez en el plan, recibirá una evaluación de riesgos para la salud en los primeros 90 días.

Recibirá una llamada telefónica de bienvenida de un Coordinador de Servicios para hacer una evaluación.

Si es nuevo en UnitedHealthcare Connected®, podrá seguir usando los médicos que usa actualmente durante 90 días o hasta que finalice la nueva evaluación de riesgos para la salud.

Después de 90 días para la mayoría de los servicios, pero seis meses para los apoyos y servicios a largo plazo (LTSS), tendrá que usar los médicos y demás proveedores dentro de la red de UnitedHealthcare Connected®. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Para obtener más información sobre cómo recibir cuidado, consulte el Capítulo 3.

Sección G **Su Plan de Cuidado**

Su **Plan de Cuidado** es el plan que describe los servicios de salud que usted recibirá y la forma en que los recibirá.

Después de su evaluación de riesgos para la salud, su equipo de coordinación de servicios se reunirá con usted para hablar sobre los servicios de salud que necesite y desee. Juntos, usted y su equipo de coordinación de servicios crearán su Plan de Cuidado.

Cada año, su equipo de coordinación de servicios colaborará con usted para actualizar su Plan de Cuidado si cambian los servicios de salud que usted necesita y desea.

Todos los miembros tendrán un Plan de Cuidado. Si usted califica para los Servicios a Domicilio y en la Comunidad del programa de exención (STAR+PLUS), también tendrá un Plan de Servicios Individual.

Sección H **Prima mensual del plan UnitedHealthcare Connected®**

UnitedHealthcare Connected® no tiene una prima mensual.

Sección I **La Guía para Miembros**

Esta **Guía para Miembros** forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si usted cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, podría apelar, o cuestionar, nuestra forma de actuar. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9 o llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Para pedir una **Guía para Miembros**, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. También puede consultar la **Guía para Miembros** en **es.UHCCommunityPlan.com** o descargarla de este sitio web.


El contrato tiene vigencia durante los meses en que usted esté inscrito en UnitedHealthcare Connected®, entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Sección J Otra información importante que le enviaremos

Usted ya debería haber recibido una Tarjeta de ID de Miembro de UnitedHealthcare Connected®, información sobre cómo acceder a un **Directorio de Proveedores y Farmacias**, y una **Lista de Medicamentos Cubiertos**.

Sección J1 Su Tarjeta de ID de Miembro de UnitedHealthcare Connected®

En nuestro plan, usted tendrá una tarjeta para recibir sus servicios de Medicare y de Texas Medicaid, incluidos los medicamentos con receta y los apoyos y servicios a largo plazo. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Esta es una tarjeta de muestra. La suya será muy parecida:

 Health Plan/Plan de salud (80840) 911-87726-04 Member ID/ID del Miembro: 999994210 Group/grupo: TXMMP Member/Miembro: REISSUE P ENGLISH Payer ID/ID del Pagador: 87726 PCP Name/Nombre del PCP: VANGUARD GERIATRICS OF TEXAS PCP Phone/Teléfono del PCP: (310)327-2503 Effective Date/ Fecha de vigencia: 04/01/2015 H7833 001 UnitedHealthcare Connected® (Medicare-Medicaid Plan) Administered by UnitedHealthcare Insurance Company	 In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible. Service Coordination/Coordinación de Servicio: 800-349-0550 For Members/Para Miembros: 800-256-6533 TTY 711 Mental Health/Salud Mental: 877-604-0564 NurseLine/Línea de Ayuda de Enfermeras: 844-222-7323 Website/Sitio web: www.uhccommunityplan.com For Providers: UHCprovider.com 888-887-9003 Medical Claims: PO Box 31352, Salt Lake City, UT 84131 Pharmacy Claims: OptumRx, PO Box 650287, Dallas, TX 75265-0287 For Pharmacists: 877-889-6510
---	--

Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes, y le enviaremos una nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de beneficios de Texas Medicaid para recibir servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en vez de su Tarjeta de ID de Miembro de UnitedHealthcare Connected®, es posible que el proveedor facture a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Consulte el Capítulo 7 para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor. **La única excepción es que usted usará su tarjeta de Medicare Original si necesita cuidados paliativos.**



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección J2 Directorio de Proveedores y Farmacias

El **Directorio de Proveedores y Farmacias** indica los proveedores y las farmacias dentro de la red de UnitedHealthcare Connected®. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos. Cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan, hay algunas excepciones (consulte la página 9).

- Para pedir un **Directorio de Proveedores y Farmacias** (una copia impresa o en formato electrónico), puede llamar a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Las copias impresas del Directorio de Proveedores y Farmacias que usted solicite se le enviarán por correo en un plazo no mayor de tres días hábiles. También puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias** en **es.UHCCommunityPlan.com** o descargarlo de este sitio web.

Este Directorio indica los profesionales de cuidado de la salud (como médicos, enfermeras especialistas y psicólogos), los centros (como hospitales o clínicas) y los proveedores de apoyo (como proveedores de servicios de salud diurnos para adultos y de asistencia médica a domicilio) que usted puede consultar como miembro de UnitedHealthcare Connected®. También indica las farmacias que usted puede usar para obtener sus medicamentos con receta.

Definición de proveedores de la red

Los proveedores de la red de UnitedHealthcare Connected® incluyen:

- Médicos, enfermeras y otros profesionales de cuidado de la salud que usted puede usar como miembro de nuestro plan;
- Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud en nuestro plan y;
- Agencias de asistencia médica a domicilio, distribuidores de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME), así como otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o de Texas Medicaid.

Los proveedores de la red han convenido aceptar el pago de nuestro plan por servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son las farmacias que han convenido surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para buscar la farmacia de la red que desee usar.
- Excepto en situaciones de emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagar sus medicamentos.

Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Tanto Servicio al Cliente como el sitio web de UnitedHealthcare Connected® pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección J3 Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”. Indica los medicamentos con receta que están cubiertos por UnitedHealthcare Connected®.

La Lista de Medicamentos también indica si hay alguna regla o restricción en algún medicamento, por ejemplo, un límite en la cantidad que usted puede obtener. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la Lista de Medicamentos, aunque algunos cambios pueden ocurrir durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite **es.UHCCommunityPlan.com** o llame al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Sección J4 La Explicación de Beneficios

Cuando use sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un resumen que le ayudará a comprender y llevar un registro de los pagos realizados por estos medicamentos. Este resumen se llama **Explicación de Beneficios** (Explanation of Benefits, EOB).

La Explicación de Beneficios le indica el total que usted ha gastado, o que otros han gastado en nombre de usted, en sus medicamentos con receta de la Parte D y el total que nosotros hemos pagado por cada uno de estos medicamentos durante el mes. La Explicación de Beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma, tales como aumentos en los precios y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Usted puede hablar con el profesional que le receta sobre estas opciones de menor costo. El Capítulo 6 ofrece más información sobre la Explicación de Beneficios y cómo puede ayudarle a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También hay una Explicación de Beneficios disponible si la pide. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección K Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Para mantener su registro de membresía actualizado, avísenos cuando cambie su información.

Las farmacias y los proveedores de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted **porque usan su registro de membresía para saber qué medicamentos y servicios recibe usted, y cuánto le costarán**. Por esta razón, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Avísenos lo siguiente:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la cobertura de su empleador, del empleador de su cónyuge, del empleador de su pareja de unión libre o del Seguro de Accidentes Laborales
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de tránsito
- Admisión en un asilo de convalecencia o un hospital
- Cuidado en una sala de emergencias o en un hospital fuera del área de servicio o fuera de la red
- Cambios de su cuidador (u otro responsable de usted)
- Si participa o comienza a participar en un estudio de investigación clínica (NOTA: No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga.)

Si hay algún cambio en la información, llame a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes, para avisarnos.

Sección K1 Privacidad de la información de salud personal (PHI)

La información de su registro de membresía puede incluir información de salud personal (personal health information, PHI). Las leyes nos exigen mantener la privacidad de sus registros médicos y de su información de salud personal. Nos aseguramos de que su información de salud personal esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte la Sección D del Capítulo 8.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le da la información de contacto de recursos importantes que pueden responder sus preguntas sobre UnitedHealthcare Connected® y sus beneficios de cuidado de la salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su Coordinador de Servicios y otras personas que puedan defenderle en nombre de usted. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Connected® ...	16
Sección A1	Cuándo comunicarse con Servicio al Cliente	17
Sección B	Cómo comunicarse con su Coordinador de Servicios	18
Sección B1	Cuándo comunicarse con su Coordinador de Servicios	19
Sección C	Cómo comunicarse con Nurse Hotline	20
Sección C1	Cuándo comunicarse con Nurse Hotline	20
Sección D	Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento y de Abuso de Sustancias	20
Sección D1	Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento y de Abuso de Sustancias	21
Sección E	Cómo comunicarse con la Línea de Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia (NEMT)	21
Sección E1	Cuándo comunicarse con la Línea de Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia	22
Sección E2	Cuándo comunicarse con la Línea “Where’s My Ride?”	22
Sección F	Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)	22
Sección F1	Cuándo comunicarse con el Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud	23



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección G	Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).....	23
	Sección G1 Cuándo comunicarse con KEPRO	24
Sección H	Cómo comunicarse con Medicare	24
Sección I	Cómo comunicarse con Texas Medicaid	25
Sección J	Cómo comunicarse con la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC)	25
Sección K	Cómo comunicarse con el Ombudsman de Atención a Largo Plazo de Texas ...	26
Sección L	Otros recursos	27



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A **Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Connected®**

Método	Servicio al Cliente — Información de contacto
Llame al	<p>1-800-256-6533. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Después del horario de atención, llame a nuestra Nurse Hotline al 1-844-222-7323.</p> <p>Si cree que necesita cuidado de emergencia, llame al 911 o vaya al hospital o al centro de emergencias más cercano.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Después del horario de atención, llame a nuestra NurseLine al 1-844-222-7323.</p>
Escriba a	<p>En caso de preguntas o inquietudes generales:</p> <p>UnitedHealthcare Community Plan PO Box 6103 MS CA124-0187 Cypress, CA 90630</p> <p>Si tiene una inquietud, primero llámenos al 1-800-256-6533 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.</p> <p>Para enviarnos por correo una apelación o una queja sobre su cuidado médico o una queja (no una apelación) sobre sus medicamentos de Texas Medicaid (medicamentos marcados con un asterisco [*] en nuestra Lista de Medicamentos) o medicamentos de la Parte D, diríjala a “UnitedHealthcare Complaint and Appeals Department” a la dirección indicada anteriormente.</p> <p>Para enviarnos una apelación (no una queja) sobre sus medicamentos de Texas Medicaid (medicamentos marcados con un asterisco [*] en nuestra Lista de Medicamentos) o medicamentos con receta de la Parte D, escribanos a:</p> <p>UnitedHealthcare Community Plan Attn: Part D/Texas Medicaid Standard Appeals PO Box 6103 Cypress, CA 90630</p>
Sitio web	es.UHCCommunityPlan.com



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A1 Cuándo comunicarse con Servicio al Cliente

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos, facturas o Tarjetas de ID de Miembro
- Decisiones de cobertura sobre el cuidado de su salud

Una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud es una decisión sobre:

- sus beneficios y sus servicios cubiertos, o
- lo que pagaremos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre el cuidado de la salud.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

- Apelaciones sobre el cuidado de su salud

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos nuestra decisión sobre su cobertura si usted cree que cometimos un error.

- Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

- Quejas sobre el cuidado de su salud

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluido un proveedor dentro o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja sobre la calidad del cuidado que recibió, ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (consulte la Sección F a continuación).

- Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud, usted puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
- Puede enviar una queja sobre UnitedHealthcare Connected® directamente a Medicare. Puede usar un formulario en Internet en **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir ayuda.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre el cuidado de su salud, consulte el Capítulo 9.

- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos

Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:

- sus beneficios y sus medicamentos cubiertos, o
- lo que pagaremos por sus medicamentos.

Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D, sus medicamentos con receta de Texas Medicaid y sus medicamentos sin receta de Texas Medicaid.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.

- **Apelaciones sobre sus medicamentos**

Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.

- Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.

- **Quejas sobre sus medicamentos**

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos con receta.

Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta, usted puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior)

Puede enviar una queja sobre UnitedHealthcare Connected® directamente a Medicare. Puede usar un formulario en Internet en **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**.

O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir ayuda.

- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.

- **Pago de cuidado de la salud o de medicamentos que usted ya pagó**

- Si usted cree que deberíamos reembolsarle el costo de beneficios cubiertos por Texas Medicaid que ya pagó, llame a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)** para pedir ayuda.

- Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió, consulte el Capítulo 7.

- Si nos pide que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre las apelaciones.

Sección B Cómo comunicarse con su Coordinador de Servicios

La coordinación de servicios es un servicio que UnitedHealthcare Community Plan le ofrece para ayudarle con su salud y bienestar. Un Coordinador de Servicios revisará sus necesidades de cobertura de cuidado de la salud y planificará para ayudarle a satisfacerlas. Para comunicarse con un Coordinador de Servicios, busque el número de teléfono en su Tarjeta de ID de Miembro. También puede llamar a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes, para que le ayuden a comunicarse con su Coordinador de Servicios. Nuestra meta es encontrar un Coordinador de Servicios que se adapte bien a sus necesidades; pero, si usted desea cambiar de Coordinador de Servicios, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Método	Coordinador de Servicios — Información de contacto
Llame al	1-800-256-6533 . Esta llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Después del horario de atención, llame a nuestra NurseLine al 1-844-222-7323 . Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 . Esta llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Después del horario de atención, llame a nuestra NurseLine al 1-844-222-7323 .
Escriba a	UnitedHealthcare Community Plan 14141 Southwest Freeway, Suite 500 Sugar Land, TX 77478

Sección B1 **Cuándo comunicarse con su Coordinador de Servicios**

- Preguntas sobre el cuidado de su salud
 - Preguntas sobre cómo recibir servicios para la salud del comportamiento, transporte y apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)
 - Hable con su Coordinador de Servicios sobre cómo recibir apoyos y servicios a largo plazo.
- A veces, usted puede recibir ayuda con sus necesidades diarias de la vida y del cuidado de la salud. Usted podría recibir estos servicios:
- Cuidado de enfermería especializada
 - Fisioterapia
 - Terapia ocupacional
 - Terapia del habla
 - Servicios sociales médicos
 - Cuidado de asistencia médica a domicilio
 - Equipo médico duradero
 - Suministros médicos
 - Ayuda para obtener una visita médica o dental



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección C Cómo comunicarse con Nurse Hotline

Como miembro de UnitedHealthcare Connected®, usted puede aprovechar nuestros servicios de Nurse Hotline prestados a través de NurseLine. NurseLine le da acceso a enfermeras tituladas (registered nurses, RN) con experiencia que están capacitadas para comprender sus necesidades y problemas de cuidado de la salud.

Método	NurseLine — Información de contacto
Llame al	1-844-222-7323 . Esta llamada es gratuita. NurseLine está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 . Esta llamada es gratuita. NurseLine está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Sección C1 Cuándo comunicarse con Nurse Hotline

- Preguntas sobre el cuidado de su salud

Sección D Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento y de Abuso de Sustancias

UnitedHealthcare Connected® cubre los servicios para la salud del comportamiento médicamente necesarios. Si usted tiene un problema de drogas o está muy perturbado por algo, puede recibir ayuda. Llame al **1-877-604-0564** para pedir ayuda. No necesita una referencia para estos servicios.

Habrán personas que pueden hablar con usted en inglés o en español. Si necesita ayuda en otros idiomas, dígaselo. Servicio al Cliente le comunicará con la Línea Telefónica de Idiomas y responderá sus preguntas. Si tiene limitaciones auditivas, llame al TTY **711**.

Si se trata de una crisis y tiene dificultades con la línea telefónica, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias más cercana y llame a UnitedHealthcare Connected® en un plazo no mayor de 24 horas.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Método	Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento y de Abuso de Sustancias — Información de contacto
Llame al	1-877-604-0564 . Esta llamada es gratuita. La Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 . Esta llamada es gratuita. La Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Sección D1 **Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento y de Abuso de Sustancias**

- Preguntas sobre servicios para la salud del comportamiento
- Preguntas sobre servicios de tratamiento del abuso de sustancias

Sección E **Cómo comunicarse con la Línea de Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia (NEMT)**

Se proporciona transporte médico para los servicios cubiertos para el cuidado de la salud si usted no tiene otro medio para ir al médico, si vive en una zona donde no hay transporte público o si no puede usar el transporte público debido a una condición de salud o una discapacidad. Consulte la siguiente información sobre cómo y cuándo comunicarse con la Línea de Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) y con la Línea “Where’s My Ride?”.

Recuerde programar los viajes lo antes posible y al menos dos días hábiles antes de que los necesite.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección E1 **Cuándo comunicarse con la Línea de Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia**

Método	Línea de Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia — Información de contacto
Llame al	1-866-427-6607 Esta llamada es gratuita. De 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-866-288-3133 Esta llamada es gratuita. De 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes

- Preguntas y ayuda para programar viajes a citas de cuidado de la salud que no son de emergencia

Sección E2 **Cuándo comunicarse con la Línea “Where’s My Ride?”**

Método	Servicio al Cliente — Información de contacto
Llame al	1-866-427-6608 Esta llamada es gratuita. La Línea “Where’s my Ride?” está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-866-288-3133 Esta llamada es gratuita. De 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes

- Preguntas sobre el estado de su viaje programado

Sección F **Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)**

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) proporciona asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a los beneficiarios de Medicare. En Texas, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (Health Information, Counseling & Advocacy Program, HICAP) de Texas.

Este programa no tiene relación con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Método	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) — Información de contacto
Llame al	1-800-252-3439
Escriba a	P.O. Box 13247 Austin, TX 78711
Sitio web	hhs.texas.gov/es/servicios/salud/medicare

Sección F1 Cuándo comunicarse con el Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud

- Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare

Los asesores del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarle a hacer lo siguiente:

- comprender sus derechos,
- comprender sus opciones de planes,
- presentar quejas sobre su tratamiento o el cuidado de su salud, y
- resolver problemas con sus facturas.

Sección G Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada KEPRO. Está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para los beneficiarios de Medicare. KEPRO no tiene relación con nuestro plan.

Método	KEPRO — Información de contacto
Llame al	1-888-315-0636
TTY	711 Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	KEPRO 5201 W Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	keproqio.com



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección G1 Cuándo comunicarse con KEPRO

- Preguntas sobre el cuidado de su salud

Puede presentar una queja sobre el cuidado que recibió si:

- tiene un problema con la calidad del cuidado,
- cree que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto; o
- piensa que su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminarán demasiado pronto.

Sección H Cómo comunicarse con Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Método	Medicare — Información de contacto
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	es.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, asilos de convalecencia, médicos, agencias de asistencia médica a domicilio, centros de diálisis, centros de rehabilitación para Pacientes Hospitalizados y centros de cuidados paliativos. Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene guías que usted puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene computadora, en su biblioteca o centro para adultos de edad avanzada local, posiblemente le permitan usar una computadora para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare al número indicado anteriormente y decirles lo que está buscando. Buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección I Cómo comunicarse con Texas Medicaid

Texas Medicaid ayuda con los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo a las personas que tienen ingresos y recursos limitados.

Texas Medicaid paga las primas de Medicare de ciertas personas y paga los deducibles, los coseguros y los copagos de Medicare. Texas Medicaid cubre los servicios para el cuidado a largo plazo, como los servicios a domicilio y en la comunidad del “programa de exención”, además de los servicios en vivienda asistida y el cuidado a largo plazo en un asilo de convalecencia. También cubre servicios dentales y para la vista.

Usted está inscrito en Medicare y en Texas Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Texas Medicaid, llame a Texas Medicaid.

Método	Texas Medicaid — Información de contacto
Llame al	Para obtener información general: 1-800-252-8263 o al 2-1-1
TTY	1-800-735-2989 o al 7-1-1
Escriba a	4900 N. Lamar Blvd P.O. Box 13247, Austin, TX 78751
Sitio web	hhs.texas.gov/es/quienes-somos/contactenos

Método	Texas Medicaid — Información de contacto
Llame al	Para obtener información sobre los requisitos de participación o la cobertura/los servicios: 1-877-541-7905
TTY	711
Escriba a	4900 N. Lamar Blvd, Austin, TX 78751
Sitio web	yourtexasbenefits.com/Learn/Home?lang=es_ES

Sección J Cómo comunicarse con la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC)

La Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC) actúa como un defensor en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer. La Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos también ayuda a las personas inscritas en Texas Medicaid con problemas de servicio o facturación. No tiene relación con nuestro plan ni



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. La Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos es un programa independiente, y sus servicios son gratuitos.

Método	Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos — Información de contacto
Llame al	1-866-566-8989
TTY	1-800-735-2989 Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	Texas Health and Human Services Commission Office of the Ombudsman, MC H-700 P.O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
Sitio web	hhs.texas.gov/es/servicios/sus-derechos/oficina-del-ombudsman-de-hhs

Sección K Cómo comunicarse con el Ombudsman de Atención a Largo Plazo de Texas

El Ombudsman de Atención a Largo Plazo de Texas es un programa del ombudsman que ayuda a las personas a obtener información sobre asilos de convalecencia y otros centros de cuidado a largo plazo. También ayuda a resolver problemas entre estos centros y los residentes o sus familias.

Método	Ombudsman de Atención a Largo Plazo de Texas — Información de contacto
Llame al	1-800-252-2412
Escriba a	Texas LTC Ombudsman P.O. Box 149030 Austin, TX 78714-9030
Sitio web	hhs.texas.gov/es/servicios/sus-derechos/oficina-del-ombudsman-de-hhs/publicaciones-de-la-oficina-del-ombudsman



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección L Otros recursos

Transporte de rutina

Método	Transporte de Rutina — Información de contacto
Llame al	ModivCare™ 1-866-427-6607 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: De 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes
TTY	1-866-288-3133 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: De 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes
Sitio web	modivcare.com/

Para obtener más información sobre su beneficio de transporte, comuníquese con ModivCare al número gratuito o a través del sitio web indicados anteriormente.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Capítulo 3

Cómo usar la cobertura del plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene las reglas y los términos específicos que usted debe conocer para recibir servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos con UnitedHealthcare Connected®. También le explica sobre su Coordinador de Servicios, cómo recibir cuidado de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (por ejemplo, de proveedores o farmacias fuera de la red), qué puede hacer cuando le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan y las reglas para adquirir la propiedad del Equipo Médico Duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”	31
Sección B	Reglas para recibir sus apoyos y servicios a largo plazo (LTSS), para el cuidado de la salud y para la salud del comportamiento cubiertos por el plan	31
Sección C	Información sobre su Coordinador de Servicios	33
	Sección C1 Qué es un Coordinador de Servicios	33
	Sección C2 Cómo comunicarse con su Coordinador de Servicios	33
	Sección C3 Cómo puede cambiar de Coordinador de Servicios.....	33
	Sección C4 Qué puede hacer un Coordinador de Servicios por usted.....	33
Sección D	Cuidado de proveedores de cuidado primario, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red, y cómo cambiar de plan de salud	34
	Sección D1 Cuidado de un proveedor de cuidado primario	34
	Sección D2 Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red.....	36
	Sección D3 Qué puede hacer cuando un proveedor deja nuestro plan	37
	Sección D4 Cómo recibir cuidado de proveedores fuera de la red	38
	Sección D5 Cómo cambiar de plan de salud.....	38



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección E	Cómo recibir apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)	39
Sección F	Cómo recibir servicios para la salud del comportamiento	40
Sección G	Cómo recibir cuidado autodirigido	40
	Sección G1 Qué es el cuidado autodirigido	40
	Sección G2 Quién puede recibir cuidado autodirigido	41
	Sección G3 Cómo recibir ayuda para emplear proveedores de cuidado personal	41
Sección H	Cómo recibir Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia (NEMT)	41
	Sección H1 Qué son los Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia	41
	Sección H2 Qué servicios están incluidos.....	42
	Sección H3 Cómo programar los Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia	42
Sección I	Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o necesita cuidado de urgencia, o durante una catástrofe	44
	Sección I1 Cuidado de la salud cuando tiene una emergencia médica	44
	Sección I2 Cuidado requerido de urgencia.....	46
	Sección I3 Cómo recibir cuidado durante una catástrofe	46
Sección J	Qué puede hacer si le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan	47
	Sección J1 Qué puede hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan.....	47
Sección K	Cobertura de servicios para el cuidado de la salud cuando usted participa en un estudio de investigación clínica	48
	Sección K1 Definición de un estudio de investigación clínica	48
	Sección K2 Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	48
	Sección K3 Más información sobre estudios de investigación clínica	49



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección L	Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud cuando recibe cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud	49
Sección L1	Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud	49
Sección L2	Cómo recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud	49
Sección M	Equipo médico duradero (DME).....	50
Sección M1	Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan	50
Sección M2	Propiedad del equipo médico duradero cuando usted se cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage	51
Sección M3	Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan....	51
Sección M4	Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage	52



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

Servicios son cuidado de la salud, apoyos y servicios a largo plazo, suministros, servicios para la salud del comportamiento, medicamentos con y sin receta, equipos y otros servicios. **Servicios cubiertos** son cualesquiera de estos servicios que pague nuestro plan. En la Tabla de Beneficios del Capítulo 4, se indican los servicios para el cuidado de la salud y los apoyos y servicios a largo plazo cubiertos.

Proveedores son los médicos, las enfermeras y otras personas que le prestan servicios y cuidado. El término **proveedores** también incluye hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios para el cuidado de la salud, equipos médicos y apoyos y servicios a largo plazo.

Proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han convenido aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente el cuidado que le proporcionan a usted. Cuando usted usa un proveedor de la red, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

Sección B Reglas para recibir sus apoyos y servicios a largo plazo (LTSS), para el cuidado de la salud y para la salud del comportamiento cubiertos por el plan

UnitedHealthcare Connected® cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Texas Medicaid, entre ellos, apoyos y servicios a largo plazo (LTSS) y para la salud del comportamiento.

UnitedHealthcare Connected® generalmente pagará los servicios y el cuidado de la salud que usted reciba si sigue las reglas del plan. Para tener la cobertura de nuestro plan:

- **El cuidado que usted reciba debe ser un beneficio del plan.** Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de Beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4 de esta guía).
- **El cuidado debe ser médicamente necesario.** Médicamente necesario significa razonable y necesario para prevenir o tratar enfermedades, condiciones de salud o discapacidades. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un asilo de convalecencia. También significa que los servicios, los suministros, los equipos o los medicamentos cumplen los estándares de la medicina aceptados.
- **Usted debe tener un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) de la red que le haya indicado el cuidado o le haya dicho que use otro médico. Como miembro del plan, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su proveedor de cuidado primario.**



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.**

- En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle su aprobación para que usted pueda usar a alguien que no sea su proveedor de cuidado primario o para usar otros proveedores dentro de la red del plan. Esto se llama **referencia**. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que UnitedHealthcare Connected® no cubra los servicios. No necesita una referencia para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Para obtener más información sobre las referencias, consulte los Capítulos 3 y 4.
- No necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para recibir cuidado de emergencia ni cuidado requerido de urgencia, ni para usar un proveedor de salud de la mujer. Puede recibir otros tipos de cuidado sin tener una referencia de su proveedor de cuidado primario. Para obtener más información sobre este tema, consulte la página 35.
 - Para obtener más información sobre cómo elegir un proveedor de cuidado primario, consulte la página 35.
- **Nota:** En los primeros 90 días a partir de su inscripción en nuestro plan, usted puede seguir usando sus proveedores actuales, sin costo, si no forman parte de nuestra red. Durante los 90 días, nuestro Coordinador de Servicios se comunicará con usted para ayudarle a buscar proveedores dentro de nuestra red. Después de los 90 días, dejaremos de cubrir su cuidado si usted sigue usando proveedores fuera de la red.
- **Debe recibir su cuidado de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá el cuidado que le proporcione un proveedor que no trabaja con el plan de salud. En algunos casos como los siguientes, no se aplica esta regla:
 - El plan cubre el cuidado de emergencia o requerido de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué significa cuidado de emergencia o requerido de urgencia, consulte la Sección I, página 44.
 - Si necesita cuidado que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionárselo, usted puede recibirlo de un proveedor fuera de la red. Hable con su Coordinador de Servicios para obtener una aprobación antes de recibir ese cuidado. En esta situación, cubriremos el cuidado como si usted lo hubiera recibido de un proveedor de la red. Para saber cómo obtener una aprobación para usar un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D4, página 38.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor que le presta este servicio no esté a su disposición o no esté accesible momentáneamente. Usted puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
 - Cuando se inscriba por primera vez en el plan, podrá seguir usando los proveedores que usa actualmente durante al menos 90 días.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección C Información sobre su Coordinador de Servicios

Sección C1 Qué es un Coordinador de Servicios

La Coordinación de Servicios es un servicio que UnitedHealthcare Connected® le ofrece para ayudarle con su salud y bienestar. Un Coordinador de Servicios revisará sus necesidades de cuidado de la salud y de cobertura de cuidado de la salud, y planificará para ayudarle a satisfacerlas. Cuando se inscriba en UnitedHealthcare Connected®, se le asignará un Coordinador de Servicios. Su Coordinador de Servicios le llamará o visitará en persona para hablar sobre sus necesidades de cuidado de la salud y explicarle mejor los servicios que usted puede recibir. También le hará preguntas sobre su salud. Sea sincero y abierto. Su Coordinador de Servicios mantendrá la confidencialidad de todo lo que hablen.

Sección C2 Cómo comunicarse con su Coordinador de Servicios

Para hablar con su Coordinador de Servicios, busque el número de teléfono en su Tarjeta de ID de Miembro de UnitedHealthcare Connected®. También puede llamar a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes, para que le ayuden a comunicarse con su Coordinador de Servicios.

Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés. Esta llamada es gratuita. Escribanos a UnitedHealthcare Community Plan, 14141 Southwest Freeway, Suite 500 Sugar Land, TX 77478.

Sección C3 Cómo puede cambiar de Coordinador de Servicios

Nuestra meta es encontrar un Coordinador de Servicios que se adapte bien a sus necesidades; pero, si usted desea cambiar de Coordinador de Servicios, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Sección C4 Qué puede hacer un Coordinador de Servicios por usted

Su Coordinador de Servicios puede:

- Hacer los arreglos del cuidado que sean necesarios con su Proveedor de Cuidado Primario.
- Ayudar con cualquier Apoyo y Servicio a Largo Plazo, médico y para la salud del comportamiento.
- Resolver cualquier problema con su cuidado médico o sus proveedores.
- Buscar maneras para ayudarle a vivir en su domicilio o en otros lugares en la comunidad.
- Explicarle las opciones de servicio y vivienda.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Ayudarle con referencias a programas para el manejo de enfermedades que ayuden con enfermedades crónicas como diabetes, asma, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), arteriopatía coronaria y obesidad.

Sección D Cuidado de proveedores de cuidado primario, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red, y cómo cambiar de plan de salud

Sección D1 Cuidado de un proveedor de cuidado primario

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para que proporcione y administre su cuidado.

Definición de “proveedor de cuidado primario” y lo que hace este proveedor por usted.

- Qué es un proveedor de cuidado primario

Un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) es un médico, un grupo médico, una enfermera de práctica avanzada o un grupo de enfermería de práctica avanzada de la red con licencia que usted elige para que le preste o coordine sus servicios cubiertos. Los exámenes médicos regulares con su proveedor de cuidado primario son importantes y pueden ayudarle a mantenerse saludable. Su proveedor de cuidado primario le hará exámenes de salud regulares que pueden ayudar a detectar problemas. Detectar y tratar los problemas temprano podría impedir que se agraven más adelante. Su proveedor de cuidado primario será su médico principal de ahora en adelante. Le atenderá y le referirá a un especialista cuando sea necesario. Usted debe hablar con su proveedor de cuidado primario sobre todas sus necesidades de cuidado de la salud.

Siempre hable con su proveedor de cuidado primario cuando desee visitar a otro médico. Su proveedor de cuidado primario le dará un formulario de referencia si usted necesita uno. Su relación con su proveedor de cuidado primario es importante. Conozca a su proveedor de cuidado primario lo antes posible. Es importante que siga los consejos de su proveedor de cuidado primario. Una buena manera de entablar una relación con su proveedor de cuidado primario es llamarle y programar un examen médico. Así podrá conocerle y este conocerá su historial médico, los medicamentos que usted está tomando y cualquier otro problema de salud.

- ¿Qué tipos de proveedores pueden ser proveedores de cuidado primario?

Los proveedores de cuidado primario son médicos que se especializan en medicina general o familiar, medicina interna, pediatría, geriatría y obstetricia y ginecología (obstetrics/gynecology, OB/GYN). A veces, las personas quizás consulten a otros especialistas que podrían considerarse proveedores de cuidado primario. Por ejemplo, podría ser un cardiólogo; y usted colaborará con su Coordinador de Servicios para coordinar los servicios. A veces, podría haber un motivo por el que un especialista tendría que ser su proveedor de cuidado primario. Un



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

especialista actúa como proveedor de cuidado primario para los miembros que tienen necesidades muy complejas de cuidado de la salud. Si usted o su especialista creen que el especialista debería ser su proveedor de cuidado primario, deben hablar con su Coordinador de Servicios sobre este tema.

- ¿Puede ser una clínica mi proveedor de cuidado primario?

Una clínica comunitaria, como una clínica de medicina familiar, una Clínica de Cuidado de la Salud Aprobada a Nivel Federal (Federally Qualified Health Clinic, FQHC) o una Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, RHC), puede actuar como su proveedor de cuidado primario. Si usted elige una clínica, una Clínica de Cuidado de la Salud Aprobada a Nivel Federal o una Clínica de Salud Rural, el nombre de esa clínica aparecerá en su Tarjeta de ID de Miembro. En este caso, usted puede consultar a cualquier proveedor dentro de la clínica, la Clínica de Cuidado de la Salud Aprobada a Nivel Federal o la Clínica de Salud Rural. Algunos lugares de los Proveedores de Cuidado Primario podrían tener residentes médicos, enfermeras especialistas y proveedores asistentes que le proporcionen cuidado bajo la supervisión de su proveedor de cuidado primario.

No olvide que su proveedor de cuidado primario es la primera persona a quien debe llamar cuando tenga cualquier problema o pregunta de salud.

¿Cómo elige a su proveedor de cuidado primario?

Cuando se inscriba por primera vez, le ayudaremos a elegir un proveedor de cuidado primario. Servicio al Cliente puede ayudarle a elegir un nuevo proveedor de cuidado primario cuando usted lo necesite. Si desea usar un determinado especialista u hospital, primero verifique que esté dentro de nuestra red de proveedores.

Para obtener una copia del **Directorio de Proveedores y Farmacias de la Red** más reciente o para recibir ayuda para elegir un proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente o use nuestra herramienta de búsqueda de Proveedores en Internet en **es.UHCCommunityPlan.com**.

Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario

Puede cambiar de proveedor de cuidado primario por cualquier motivo, en cualquier momento durante el año del plan. Además, es posible que su proveedor de cuidado primario deje la red de nuestro plan. Podemos ayudarle a buscar un nuevo proveedor de cuidado primario si el que tiene ahora deja nuestra red.

Si usted desea cambiar de proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente. Los cambios de proveedor de cuidado primario que se realicen durante el primer mes de membresía comenzarán en la fecha que usted lo pidió. Si usted solicita un cambio de proveedor de cuidado primario después del primer mes de membresía, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Recibirá una nueva Tarjeta de ID de Miembro que incluirá el nombre y el número de teléfono de su nuevo proveedor de cuidado primario.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección D2 Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red

Un **especialista** es un médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Hay muchas clases de especialistas. Los siguientes son algunos ejemplos:

- **Oncólogos**, que atienden a pacientes con cáncer.
- **Cardiólogos**, que atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- **Ortopedistas**, que atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Cuando usted y su proveedor de cuidado primario determinen que usted debe consultar a otro médico (especialista), su proveedor le recomendará a alguien para que usted consulte. **Usted no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista o un proveedor de salud del comportamiento o de servicios de salud mental de la red.** Aunque no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista de la red, su proveedor de cuidado primario puede recomendarle un especialista de la red para su condición médica, responder las preguntas que usted tenga sobre el plan de tratamiento de un especialista de la red y proporcionar cuidado de la salud de seguimiento según sea necesario. Para la coordinación del cuidado de la salud, le pedimos que, cuando consulte a un especialista de la red, le avise a su proveedor de cuidado primario y a su Coordinador de Servicios. Ayudaremos al equipo de preautorización a obtener toda aprobación necesaria para sus servicios o medicamentos cubiertos.

Consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, que contiene una lista de los especialistas del plan a su disposición dentro de su red. O bien, puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias** en Internet en el sitio web que se indica en el Capítulo 2 de esta guía.

Obtenga más información sobre los médicos/proveedores de la red.

Para obtener información sobre los médicos o proveedores de la red, como las certificaciones de la Junta Médica y los idiomas que hablan, puede visitar **es.myuhc.com/CommunityPlan** o llamar a Servicio al Cliente.

Podemos darle la siguiente información:

- Nombre, dirección, números de teléfono.
- Idiomas que hablan.
- Títulos académicos y acreditaciones profesionales.
- Especialidad.
- Facultad de medicina a la que asistieron (por teléfono únicamente).
- Residencia terminada (por teléfono únicamente).
- Estatus de certificación de la Junta Médica.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Normas y Procedimientos de Administración de la Utilización

Contamos con normas y pasos que seguimos para tomar decisiones sobre la aprobación de servicios médicos. Queremos asegurarnos de que los servicios para el cuidado de la salud prestados sean médicamente necesarios, sean adecuados para su condición y se presten en el mejor centro de cuidado. Nos aseguramos de que se preste cuidado de calidad. Los criterios que usamos para tomar decisiones están disponibles para usted y su médico, si los solicitan. Ningún empleado ni proveedor de UnitedHealthcare Community Plan recibe compensación alguna por no proporcionar el cuidado o los servicios que usted necesita ni por decirle que no debería recibirlos. Una decisión de Administración de la Utilización (Utilization Management, UM) es cuando examinamos si los centros, los procedimientos y los servicios para el cuidado de la salud son apropiados, médicamente necesarios y eficientes con respecto a nuestros criterios establecidos. Podría incluir: planificación del alta, planificación simultánea, precertificación, preaprobación y apelaciones de casos clínicos. Además, podría cubrir procesos proactivos como revisión clínica simultánea, revisión por colegas y apelaciones de un proveedor, un pagador o un paciente o miembro. También hay algunos tratamientos y procedimientos que tenemos que revisar antes de que usted pueda recibirlos. Sus proveedores saben cuáles son y se ocupan de pedirnos que los revisemos. La revisión que hacemos se llama Revisión de la Utilización. No recompensamos a nadie para que deniegue el cuidado necesario. Si tiene preguntas sobre la Administración de la Utilización, puede hablar con nuestro personal de Administración del Cuidado de Medicaid. Nuestras enfermeras están a su disposición de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes, por teléfono al **1-800-256-6533**, TTY **711**. Hay servicios disponibles de asistencia en otros idiomas.

Sección D3 Qué puede hacer cuando un proveedor deja nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red que usted esté usando deje nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos ofrecerle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de cuidado primario o de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si usted ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si se le asigna al proveedor, si actualmente recibe cuidado de él o si le ha consultado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para seguir manejando sus necesidades de cuidado de la salud.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si usted está recibiendo servicios de tratamiento médico o terapia de su proveedor actual, tiene derecho a pedir que continúen esos servicios médicamente necesarios, y colaboraremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que podría tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado y accesible para usted, debemos hacer los arreglos necesarios para que un especialista fuera de la red le proporcione su cuidado cuando no haya un proveedor o beneficio adecuado o disponible para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si usted cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor y administrar su cuidado. Para recibir ayuda, llame a Servicio al Cliente o a su Coordinador de Servicios.

Sección D4 Cómo recibir cuidado de proveedores fuera de la red

Solamente pagaremos el cuidado que usted reciba de proveedores fuera de la red si siguió las reglas que se describen en la Sección **“Debe recibir su cuidado de proveedores de la red”** en la página 32 de este capítulo.

- Si usa un proveedor fuera de la red, el proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare o Texas Medicaid.
- No podemos pagarle a un proveedor que no cumpla los requisitos para participar en Medicare ni en Texas Medicaid.
- Si usa un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben decirle si no cumplen los requisitos para participar en Medicare.

Sección D5 Cómo cambiar de plan de salud

Usted puede cambiar su plan de salud. Para obtener más información, consulte la Sección A del Capítulo 10. También puede recibir ayuda de los siguientes recursos:

- Llame a MAXIMUS al **1-703-712-4000**, de 8 a.m. a 6 p.m., hora local, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al **1-800-252-3439**.
- Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección E Cómo recibir apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)

Los Apoyos y Servicios a Largo Plazo (LTSS) son servicios prestados por proveedores de cuidado de la salud que ofrecen servicios directos a domicilio y en la comunidad para personas mayores y personas con discapacidades. Llame a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes, para preguntar por estos servicios.

¿Cuáles son algunos de mis beneficios de apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)?

- Artículos de adaptación como sillas de ruedas, andadores, bastones y equipo médico duradero.
- Servicios complementarios.
- Servicios de cuidado tutelar de adultos en el domicilio.
- Servicios de cuidado residencial o en vivienda asistida.
- Asistente para el cuidado personal administrado por el Miembro (Servicios Dirigidos por el Consumidor).
- Servicios de salud y actividades diurnas.
- Servicios de respuesta ante emergencias
- Servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio.
- Programa de entrega de comida a domicilio.
- Suministros médicos.
- Modificaciones menores en el domicilio — para asegurar la accesibilidad y mejorar la movilidad.
- Servicios de enfermería.
- Cuidado en un centro de enfermería.
- Servicios de asistencia personal.
- Relevo del cuidador.
- Cuidado de casos subagudos.
- Asistencia y apoyo laboral.
- Servicios de terapia, que incluyen fisioterapia, terapia cognitiva, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

¿Cómo recibo estos servicios? ¿A qué número puedo llamar para obtener información sobre estos servicios?

Llame a su Coordinador de Servicios de UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Sección F Cómo recibir servicios para la salud del comportamiento

UnitedHealthcare Connected® cubre los servicios para la salud del comportamiento médicamente necesarios. Si usted tiene un problema de drogas o está muy perturbado por algo, puede recibir ayuda. Llame al **1-877-604-0564** para pedir ayuda. No necesita una referencia para estos servicios.

Habrán personas que pueden hablar con usted en inglés o en español. Si necesita ayuda en otros idiomas, dígaselo. Servicio al Cliente le comunicará con la Línea Telefónica de Idiomas y responderá sus preguntas. Si tiene limitaciones auditivas, llame al TTY **711**.

Si se trata de una crisis y tiene dificultades con la línea telefónica, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias más cercana y llame a UnitedHealthcare Connected® en un plazo no mayor de 24 horas.

Sección G Cómo recibir cuidado autodirigido

Sección G1 Qué es el cuidado autodirigido

Es un programa para personas con servicios de un asistente o proveedor, llamado Servicios Dirigidos por el Consumidor (Consumer Directed Services, CDS). Le permite tener más control sobre sus servicios del programa si usted puede y está dispuesto a asumir más responsabilidad por la coordinación de los servicios. Con este programa, usted busca, contrata y entrena a su asistente o su proveedor. También revisa el presupuesto de los servicios. Decide cuánto le paga a su asistente. También decide cuánto gasta en los suministros y los equipos que necesite. Puede elegir a la persona para que administre los servicios por usted. Si elige este programa, una agencia le enseñará lo que debe hacer. La agencia también se encargará del salario de las personas que le presten servicios.

Si elige este programa, usted es el empleador. Puede contratar, despedir y administrar a sus propios proveedores de servicios de salud, entre ellos, sus asistentes, sus asistentes de respaldo, sus proveedores de relevo del cuidador dentro y fuera del domicilio, y sus proveedores de habilitación. Tiene control sobre cómo se gastan sus fondos del programa en salarios y beneficios para sus empleados.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección G2 Quién puede recibir cuidado autodirigido

Personas que reciben servicios de un asistente o proveedor.

Sección G3 Cómo recibir ayuda para emplear proveedores de cuidado personal

Usted tendrá que elegir una Agencia de Servicios de Administración Financiera (Financial Management Services Agency, FMSA). La agencia le proporcionará capacitación sobre el proceso de contratación, incluidos los documentos y los formularios que se deben llenar para nuevos empleados; le enseñará a administrar las hojas de control de horario, las fechas de vencimiento y los cronogramas de día de pago, así como a pagar los cheques salariales de los empleados. La agencia actuará como su contador y banquero, ya que se ocupará de los salarios y de los formularios gubernamentales en nombre del empleador del programa Servicios Dirigidos por el Consumidor. La agencia elabora con usted su presupuesto, pero no lo controla. Usted decide cómo se gasta el dinero en salarios y beneficios para sus empleados dentro de las pautas. Usted también tiene derecho a nombrar a un representante designado (designated representative, DR) para que le ayude con las obligaciones de empleador. El representante designado no es su empleado y no recibe una remuneración; un representante designado es un adulto voluntario que usted elige para que le ayude cuando lo necesite. Usted decide con qué tareas de empleador le ayudará su representante designado o cuáles realizará.

Llame a su Coordinador de Servicios de UnitedHealthcare Connected® para que le ayude a hacer la mejor elección y le informe los servicios que usted puede recibir. Llame al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Sección H Cómo recibir Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia (NEMT)

Para obtener más información sobre las limitaciones de los beneficios, consulte el Capítulo 4.

Sección H1 Qué son los Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia

Se proporciona transporte médico para los servicios cubiertos para el cuidado de la salud si usted no tiene otro medio para ir al médico, si vive en una zona donde no hay transporte público o si no puede usar el transporte público debido a una condición de salud o una discapacidad.

- Estos viajes incluyen aquellos para ir al médico, al dentista, al hospital, a la farmacia y a otros lugares en los que recibe servicios para el cuidado de la salud.
- Estos viajes no incluyen viajes en ambulancia.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Llame a nuestros Servicios de Transporte al **1-866-427-6607**, TTY **1-866-288-3133**. Su viaje será cómodo y seguro.

Sección H2 Qué servicios están incluidos

Los servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia incluyen:

- Pases o boletos de transporte, por ejemplo, de transporte público dentro y entre ciudades o estados (incluso en tren o en autobús).
- Servicios de transporte en aerolínea comercial.
- Servicios de transporte a pedido (acera a acera) en autobuses, camionetas o sedanes (incluidos los vehículos con acceso para sillas de ruedas si es necesario).
- Reembolso del costo del millaje para un participante de transporte individual (individual transportation participant, ITP) inscrito por un viaje realizado verificado para recibir un servicio cubierto para el cuidado de la salud. El participante de transporte individual inscrito puede ser usted, un tercero responsable, un familiar, un amigo o un vecino. Si usted tiene interés en ser un participante de transporte individual inscrito, comuníquese al **1-866-427-6607**, TTY **1-866-288-3133**, para hablar sobre su necesidad.
- Costos de transporte de su asistente de Transporte Médico que No Es de Emergencia si usted necesita uno para que le acompañe a su cita. Un asistente de Transporte Médico que No Es de Emergencia es:
 - Un adulto que le proporcione la ayuda personal o con la movilidad o el idioma que sea necesaria durante el transporte. (Por ejemplo, puede ser un adulto que actúe como su asistente personal.)
 - Un animal de servicio que le proporcione la ayuda personal o con la movilidad que sea necesaria durante el transporte y que ocupe un asiento que de lo contrario ocuparía otra persona.
 - Un adulto que viaje con usted porque un proveedor de cuidado de la salud ha indicado por escrito que usted requiere un asistente.

Sección H3 Cómo programar los Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia

Recuerde programar los viajes lo antes posible y **al menos dos días hábiles antes de que los necesite**. Puede solicitar un viaje con menos de 48 horas de anticipación en ciertos casos, que incluyen:

- Pasarle a buscar después de un alta del hospital.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Viajes a la farmacia para obtener medicamentos o suministros médicos aprobados.
- Necesidades dentales
- Viajes por condiciones de urgencia. (Una condición de urgencia es una condición de salud que no es una emergencia, pero que es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento en un plazo no mayor de 24 horas.)

Programa los viajes de larga distancia con al menos cinco días de anticipación.

Se debe usar el medio de transporte menos costoso que sea apropiado para su necesidad médica. Los viajes se pueden programar hasta con 30 días de anticipación.

Le pedirán:

- Su número de ID
- Su nombre y apellido
- La dirección del sitio que visitará
- La hora y la dirección de su cita
- Su fecha de nacimiento

Avíseles si necesita un elevador de silla de ruedas y si tiene un asistente o un animal de servicio.

Cuando llegue el momento de su viaje:

- El día anterior a su viaje, es posible que reciba una llamada telefónica o un mensaje de texto que le recuerde la cita. El mensaje proporcionará información detallada del viaje, incluido el nombre de la compañía que le pasará a buscar.
- Puede llamar al **1-866-427-6608**, TTY **1-866-288-3133**, para obtener información detallada del viaje, incluido el nombre de la compañía que le pasará a buscar.

Llame al 1-866-427-6608, TTY 1-866-288-3133 si:

- Su viaje está demorado
- No se programó el viaje de vuelta para una hora específica y usted ya está listo para volver a su domicilio.
- Tiene una solicitud después del horario de atención.
- Su cita médica cambia o se cancela

Si tiene un viaje programado y su cita de cuidado de la salud se cancela **antes** del viaje, comuníquese inmediatamente con Servicios de Transporte al **1-866-427-6607**, TTY **1-866-288-3133**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes.

Los miembros desde el nacimiento hasta los 14 años deben ser acompañados por su padre, madre, tutor u otro adulto autorizado.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años podrían cumplir los requisitos para recibir fondos por adelantado o comida y alojamiento para un viaje médico autorizado. La tarifa diaria de la comida es de \$25 por día, por persona. Los servicios de alojamiento se limitan a una estadía de una noche y no incluyen ningún servicio adicional usado durante su estadía, como llamadas telefónicas, servicio a la habitación o servicio de lavandería.

Los miembros de 15 a 17 años deben ser acompañados por su padre, madre o tutor, u otro adulto autorizado, o tener el consentimiento registrado de uno de estos para viajar solos. No se requiere dicho consentimiento si el servicio para el cuidado de la salud es de carácter confidencial. Llame al **1-866-427-6607**, TTY **1-866-288-3133**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes, para hablar sobre su necesidad.

Si tiene una queja sobre el servicio de transporte, llame a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533**, TTY **711**.

Sección I Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o necesita cuidado de urgencia, o durante una catástrofe

Sección I1 Cuidado de la salud cuando tiene una emergencia médica

Definición de emergencia médica

Una **emergencia médica** es una condición médica con síntomas como dolor grave o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como consecuencia:

- un riesgo grave para su salud o la de su feto; **o**
- un daño grave en las funciones corporales; **o**
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando
 - no hay suficiente tiempo para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto.
 - un traslado a otro hospital podría representar una amenaza para su salud o seguridad, o la de su feto.

Qué puede hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Reciba ayuda lo antes posible.** Llame al **911** o use la sala de emergencias o el hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita obtener primero la aprobación ni



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

una referencia de su proveedor de cuidado primario. No es necesario usar un proveedor de la red. Puede recibir cuidado médico de emergencia siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente.

- **Informe a UnitedHealthcare Connected® sobre su emergencia lo antes posible.** Debemos realizar un seguimiento de su cuidado de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos que recibió cuidado de emergencia, generalmente en un plazo no mayor de 48 horas, al número que se encuentra en la parte de atrás de su Tarjeta de ID de Miembro. Además, si es admitido en el hospital, asegúrese de que nos llamen en un plazo no mayor de 48 horas al número de teléfono que se encuentra en la parte de atrás de su Tarjeta de ID de Miembro. Sin embargo, no tendrá que pagar servicios para emergencias si se demora en avisarnos.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Usted puede recibir cuidado de emergencia cubierto siempre que lo necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4. Ni Medicare ni Texas Medicaid pagan el cuidado médico de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Los proveedores que le prestan el cuidado de emergencia deciden en qué momento su condición se ha estabilizado y ha pasado la emergencia médica. Seguirán tratándole y se comunicarán con nosotros para hacer planes si usted necesita cuidado médico de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su cuidado médico de seguimiento. Si usted recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de que proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible.

Definición de posestabilización

Los servicios para el cuidado de posestabilización son servicios que mantienen su condición estable después del cuidado médico de emergencia.

Una vez que la emergencia haya pasado, es posible que usted necesite cuidado médico de seguimiento para asegurarse de que mejore. Nuestro plan cubrirá su cuidado médico de seguimiento. Si usted recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de que proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible.

Cuidado de emergencia recibido cuando no era una emergencia

En ocasiones, puede resultar difícil saber si se trata de una emergencia médica o de salud del comportamiento. Podría suceder que usted vaya para recibir cuidado de emergencia y que el médico diga que en realidad no era una emergencia. Siempre y cuando haya sido razonable pensar que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su cuidado.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sin embargo, una vez que el médico diga que no era una emergencia, cubriremos su cuidado adicional solamente si:

- usted usa un proveedor de la red, **o**
- el cuidado adicional que recibe se considera “cuidado requerido de urgencia” y usted sigue las reglas para recibir este cuidado. (Consulte la próxima sección.)

Sección I2 Cuidado requerido de urgencia

Definición de cuidado requerido de urgencia

Cuidado requerido de urgencia es el cuidado que usted recibe para una situación que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Por ejemplo, usted podría tener una intensificación de una condición existente o un fuerte dolor de garganta que se produce durante el fin de semana y necesitar que se lo trate.

Cuidado requerido de urgencia cuando se encuentra dentro del área de servicio del plan

En la mayoría de las situaciones, cubriremos el cuidado requerido de urgencia **solamente** si:

- usted recibe este cuidado de un proveedor de la red, **y**
- sigue las demás reglas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no es posible o razonable visitar a un proveedor de la red, cubriremos el cuidado requerido de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Si no sabe si debe ir o no a un centro de cuidado de urgencia, puede llamar a su proveedor de cuidado primario o a nuestro servicio de NurseLine disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al **1-844-222-7323** (TTY **711**), y su proveedor de cuidado primario o un Representante de NurseLine le ayudará. No se olvide de informarle a su proveedor de cuidado primario sobre cualquier visita a un centro de cuidado de urgencia. De esta manera, su proveedor de cuidado primario puede ayudar a coordinar el cuidado de su salud.

Cuidado requerido de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, quizás no pueda recibir cuidado de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado requerido de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Sección I3 Cómo recibir cuidado durante una catástrofe

- Si el gobernador de su estado, la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o de emergencia en su área geográfica, usted seguirá teniendo derecho a recibir cuidado de UnitedHealthcare Connected®.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Para obtener información sobre cómo recibir el cuidado que necesite durante una catástrofe, visite el siguiente sitio web: **uhc.com/disaster-relief-info** o comuníquese con Servicio al Cliente: **es.UHCCommunityPlan.com**.

Durante una catástrofe declarada, si no puede usar un proveedor de la red, le permitiremos recibir cuidado de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe declarada, podrá surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Sección J Qué puede hacer si le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan

Si usted cree que deberíamos reembolsarle el costo de beneficios cubiertos por Texas Medicaid que ya pagó, llame a Servicio al Cliente para pedir ayuda.

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla al plan, usted puede pedirnos que la paguemos.

- No debe pagar la factura. Si lo hace, el plan no podrá hacerle un reembolso.

Si usted pagó sus servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 para saber qué puede hacer.

Sección J1 Qué puede hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Si usted cree que deberíamos reembolsarle el costo de beneficios cubiertos por Texas Medicaid que ya pagó, llame a Servicio al Cliente para pedir ayuda.

UnitedHealthcare Connected® cubre todos los servicios:

- que sean médicamente necesarios, **y**
- que se encuentren en la Tabla de Beneficios del plan (consulte el Capítulo 4), **y**
- que usted reciba mientras siga las reglas del plan.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **debe pagar el costo total**.

Si desea saber si pagaremos cualquier servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedirlo por escrito. Si le informamos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9 explica qué hacer si usted desea que el plan cubra un artículo o un servicio médico. También le explica cómo apelar la decisión de cobertura del plan. Además, usted puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un cierto límite. Si usted se excede del límite, tendrá que pagar el costo total para recibir más servicios de ese tipo. Para saber cuáles son los límites y cuánto le falta para alcanzarlos, llame a Servicio al Cliente.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección K Cobertura de servicios para el cuidado de la salud cuando usted participa en un estudio de investigación clínica

Sección K1 Definición de un estudio de investigación clínica

Un **estudio de investigación clínica** (también llamado **ensayo clínico**) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de la salud o de medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare suele pedir voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe un estudio en el que usted desea participar y que usted exprese su interés, una persona que trabaje en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le proporcionará información sobre el estudio y verá si usted califica para participar. Usted podrá participar en el estudio siempre y cuando cumpla las condiciones necesarias. También debe comprender y aceptar lo que deberá hacer para el estudio.

Durante su participación en el estudio, podrá seguir inscrito en nuestro plan. De esa manera, seguirá recibiendo el cuidado de nuestro plan que no esté relacionado con el estudio.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no tiene que avisarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. No es necesario que los proveedores que le proporcionan cuidado como parte del estudio sean proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar los beneficios. Estos incluyen ciertos beneficios especificados conforme a las determinaciones nacionales de cobertura (national coverage determinations, NCD) y los ensayos de dispositivos de investigación (investigational device trials, IDE), y pueden estar sujetos a una preautorización y a otras reglas del plan.

Le recomendamos avisarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su Coordinador de Servicios deben comunicarse con Servicio al Cliente para avisarnos que participará en un ensayo clínico.

Sección K2 Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario de un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no pagará nada por los servicios cubiertos por el estudio, y Medicare pagará los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina relacionados con su cuidado. Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para la mayoría de los artículos y servicios que reciba como parte del estudio. Esto incluye:



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Habitación y comida durante una estadía en el hospital por la que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación del nuevo cuidado.

Si participa en un estudio que Medicare **no aprobó**, usted tendrá que pagar todos los costos por participar en el estudio.

Sección K3 Más información sobre estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, puede leer la publicación “Medicare y Pruebas Clínicas” en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección L Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud cuando recibe cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Sección L1 Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un lugar que proporciona el cuidado que usted normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir el cuidado en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud. Este beneficio es solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios para el cuidado de la salud no médicos).

Sección L2 Cómo recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud, debe firmar un documento legal que afirme que usted se opone a recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es todo cuidado que es **voluntario** y **no requerido** por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es todo cuidado que **no** es voluntario y que **se requiere** según la ley federal, estatal o local.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.UHCCommunityPlan.com.

Para tener la cobertura de nuestro plan, el cuidado que se recibe en una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que usted recibe se limita a los aspectos no religiosos del cuidado.
- Si esta institución le presta servicios en un centro, se aplica lo siguiente:
 - Usted debe tener una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados o para el cuidado en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener la aprobación de nuestro plan antes de su admisión en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.
 - Los límites de cobertura de Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados son los mismos que los que se indican en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Sección M Equipo médico duradero (DME)

Sección M1 Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan

El equipo médico duradero incluye ciertos artículos indicados por un proveedor como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será el propietario de ciertos artículos, como las prótesis.

En esta sección, se explica el equipo médico duradero que usted debe alquilar. Como miembro de UnitedHealthcare Connected®, por lo general, usted no adquirirá la propiedad del equipo médico duradero, sin importar cuánto tiempo lo alquile.

En ciertas situaciones, le transferiremos la propiedad de un artículo de equipo médico duradero. Para saber los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe presentar, llame a Servicio al Cliente.

Nuestro plan pagará algunos productos y equipos médicos duraderos (DME) que normalmente se encuentran en una farmacia. UnitedHealthcare Connected® paga nebulizadores, suministros para ostomía y otros suministros y equipos cubiertos si son médicamente necesarios. Para obtener más información sobre estos beneficios, llame a Servicio al Cliente.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección M2 Propiedad del equipo médico duradero cuando usted se cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero adquieren su propiedad después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage, el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de equipo médico duradero para adquirir su propiedad.

Nota: Puede encontrar definiciones de Medicare Original y de Planes Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual **Medicare y Usted 2024**. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](https://www.medicare.gov)) o pedirla por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Usted deberá realizar 13 pagos consecutivos conforme a Medicare Original o el número de pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage para adquirir la propiedad del artículo de equipo médico duradero si:

- no adquirió la propiedad del artículo de equipo médico duradero mientras estaba en nuestro plan, **y**
- deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Medicare Original o en un Plan Medicare Advantage.

Si realizó pagos por el artículo de equipo médico duradero conforme a Medicare Original o un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o de un plan Medicare Advantage no se toman en cuenta para alcanzar los pagos que usted debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Usted deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos conforme a Medicare Original o una serie de nuevos pagos consecutivos establecida por el plan Medicare Advantage para adquirir la propiedad del artículo de equipo médico duradero.
- Una vez que regrese a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage, esta regla no admite excepciones.

Sección M3 Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si usted califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.UHCCommunityPlan.com.

- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno se debe devolver cuando deje de ser médicamente necesario para usted o si deja nuestro plan.

Sección M4 Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a Medicare Original**, lo alquilará a un distribuidor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubrirán el equipo de oxígeno y los suministros y servicios indicados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**:

- su distribuidor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- su distribuidor debe proporcionar el equipo de oxígeno y los suministros durante 5 años como máximo si es médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- su distribuidor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede elegir obtener un equipo de reemplazo de cualquier distribuidor.
- comienza un nuevo período de 5 años.
- usted alquilará el equipo a un distribuidor durante 36 meses.
- su distribuidor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- comienza un nuevo ciclo cada 5 años, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.
- Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a un plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Medicare Original. Usted puede preguntar a su plan Medicare Advantage qué equipos de oxígeno y suministros cubre y cuáles serán sus costos.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Capítulo 4

Tabla de Beneficios

Introducción

Este capítulo le explica los servicios que cubre UnitedHealthcare Connected®, las restricciones a esos servicios o los límites en estos, y cuánto paga usted por cada servicio. También describe los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Sus servicios cubiertos y los gastos de su bolsillo	54
	Sección A1 Durante las emergencias de salud pública.....	54
Sección B	Reglas para que los proveedores no le cobren servicios.....	54
Sección C	La Tabla de Beneficios de nuestro plan	54
Sección D	La Tabla de Beneficios.....	57
Sección E	Nuestros servicios a domicilio y en la comunidad	103
Sección F	Beneficios cubiertos fuera de UnitedHealthcare Connected®	116
	Sección F1 Cuidados paliativos.....	116
	Sección F2 Programa de Evaluación Previa a la Admisión y Revisión de Residentes (PASRR).....	117
Sección G	Beneficios que no cubre UnitedHealthcare Connected®, Medicare ni Texas Medicaid	118



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.**

Sección A Sus servicios cubiertos y los gastos de su bolsillo

Este capítulo le explica los servicios que paga UnitedHealthcare Connected®. También puede saber qué servicios no están cubiertos. En el Capítulo 5, encontrará información sobre los beneficios de medicamentos. Este capítulo también explica los límites en algunos servicios.

Dado que usted recibe ayuda de Texas Medicaid, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando siga las reglas del plan. Para obtener información detallada sobre las reglas del plan, consulte el Capítulo 3.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su Coordinador de Servicios o a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Sección A1 Durante las emergencias de salud pública

Durante una emergencia de salud pública declarada (p. ej., la pandemia de COVID-19), si usted recibe servicios médicamente necesarios de un proveedor fuera de la red en cualquier momento durante la emergencia de salud pública, llámenos para que le ayudemos a obtener el reembolso de cualquier gasto de su bolsillo en el que podría haber incurrido. Llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Sección B Reglas para que los proveedores no le cobren servicios

No permitimos que los proveedores de UnitedHealthcare Connected® le facturen servicios cubiertos. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo, incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.

Usted nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto llegara a ocurrir, consulte el Capítulo 7 o llame a Servicio al Cliente.

Sección C La Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios de la Sección D le explica los servicios que paga el plan. Indica las categorías de servicios en orden alfabético y explica los servicios cubiertos.

Pagaremos los servicios que se encuentran en la Tabla de Beneficios solamente cuando se cumplan las siguientes reglas. Usted no paga nada por los servicios que se indican en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumpla los requisitos de cobertura que se describen a continuación.

- Sus servicios cubiertos por Medicare y Texas Medicaid se deben prestar según las reglas establecidas por Medicare y Texas Medicaid.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Los servicios (que incluyen el cuidado, los servicios, los suministros y los equipos médicos, así como los medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un asilo de convalecencia. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen los estándares de la medicina aceptados.

Los **Estándares de la Medicina Generalmente Aceptados** se basan en evidencia científica confiable publicada en bibliografía médica revisada por colegas, que son generalmente reconocidos por la comunidad médica pertinente y se basan principalmente en ensayos clínicos controlados o, si estos no están disponibles, en estudios observacionales de más de una institución que sugieren una relación causal entre el servicio o el tratamiento y los resultados de salud.

Si no hay evidencia científica confiable disponible, es posible que se tomen en cuenta los estándares basados en recomendaciones de la asociación pertinente de especialistas médicos o los estándares profesionales del cuidado de la salud. Nos reservamos el derecho a consultar la opinión de expertos para determinar si los servicios para el cuidado de la salud son Médicamente Necesarios. Las recomendaciones de la asociación pertinente de especialistas médicos, la elección de expertos y la determinación de cuándo hacer uso de dicha opinión de expertos quedarán a nuestro criterio exclusivo.

- Aún no se ha comprobado la eficacia de algunas prácticas y tratamientos médicos. UnitedHealthcare Community Plan revisa los nuevos tratamientos, prácticas, pruebas y tecnologías a nivel nacional para tomar decisiones sobre nuevas prácticas y tratamientos médicos, y sobre para qué condiciones se pueden usar. Esta información es revisada por un comité formado por médicos, enfermeras, farmacéuticos y expertos invitados de UnitedHealthcare Community Plan que toman la decisión final sobre la cobertura. Si usted desea obtener más información sobre cómo tomamos decisiones sobre nuevas prácticas y tratamientos médicos, llámenos al **1-800-256-6533**, TTY **711**.
- UnitedHealthcare revisa los nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para decidir si son seguros y eficaces para los miembros. Si se determina que son seguros y eficaces, es posible que comiencen a estar cubiertos. Si una nueva tecnología se convierte en un servicio cubierto, seguirá las reglas del plan, incluida la necesidad médica.
- Usted recibe cuidado de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará el cuidado que usted reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, encontrará más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
- Para recibir los servicios que se incluyen aquí, puede llamar a su proveedor de cuidado primario o su especialista de la red directamente, o a su Coordinador de Servicios.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo de cuidado de la salud que proporciona y administra su cuidado.
- Algunos de los servicios indicados en la Tabla de Beneficios solamente están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se llama preautorización. Los servicios cubiertos que necesitan una preautorización se indican en cursiva en la Tabla de Beneficios.



Los beneficios y los límites se describen en el Texas Medicaid Provider Procedures Manual (Manual de Procedimientos para Proveedores de Texas Medicaid), a menos que se indique lo contrario.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.




Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección D La Tabla de Beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal El plan pagará una ecografía de detección realizada por única vez para las personas que estén en riesgo. El plan solamente cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, asistente médico, enfermera especialista o especialista en enfermería clínica.	\$0
Acupuntura para el dolor lumbar crónico El plan pagará hasta 12 visitas en 90 días si usted tiene dolor lumbar crónico, definido como: <ul style="list-style-type: none">• persistente por 12 semanas o más;• no específico (sin causa sistémica que pueda identificarse, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria ni infecciosa);• no asociado con una cirugía; y• no asociado con el embarazo. El plan pagará 8 sesiones adicionales si usted presenta mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura cada año. Los tratamientos de acupuntura se deben interrumpir si usted no mejora o si empeora.	\$0
 Asesoramiento y evaluación para reducir el consumo indebido de alcohol El plan pagará una evaluación de consumo indebido de alcohol para adultos que lo consumen de forma indebida, pero no tienen dependencia del alcohol, incluidas las mujeres embarazadas. Si su evaluación de consumo indebido de alcohol da positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones de asesoramiento breves en persona por año (siempre y cuando pueda mantenerse competente y alerta durante las sesiones) a cargo de un profesional médico o un proveedor de cuidado primario calificado en un centro de cuidado primario.	\$0







Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en situaciones de emergencia o que no sean de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea, en avión o helicóptero. La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda atenderle.</p> <p>Su condición debe ser de suficiente gravedad como para que otros medios de traslado a un lugar de cuidado de la salud pudieran arriesgar su vida o su salud. Para otros casos, el plan debe aprobar los servicios de ambulancia.</p> <p>En casos que no sean de emergencia, es posible que el plan pague una ambulancia. Su condición debe ser de suficiente gravedad como para que otros medios de traslado a un lugar de cuidado de la salud pudieran arriesgar su vida o su salud.</p>	\$0
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Si usted ha estado inscrito en la Parte B de Medicare durante más de 12 meses, puede recibir un examen médico anual. En esta visita, se crea o actualiza un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. El plan pagará esta visita una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Usted no se puede realizar su primer examen médico anual durante el lapso de 12 meses después de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Su cobertura de los exámenes médicos anuales comenzará después de que usted haya tenido la Parte B durante 12 meses. No es necesario que haya realizado primero la visita “Bienvenido a Medicare”.</p>	\$0
<p>Servicios para la salud del comportamiento</p> <p>El plan pagará los servicios que se indican a continuación para personas que viven con una enfermedad mental grave y persistente (definida como diagnósticos de esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis esquizoafectiva y depresión mayor)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de casos de salud mental dirigida a grupos específicos • Servicios de rehabilitación psicosocial de salud mental 	\$0





Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Medición de masa ósea El plan pagará ciertos procedimientos para los miembros que califican (generalmente, aquellos que estén en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o revelan la calidad ósea. El plan pagará los servicios una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios. El plan también pagará la interpretación de los resultados por parte de un médico.	\$0
 Examen de detección de cáncer de seno (mamografías) El plan pagará los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía basal entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses 	\$0
 Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) El plan pagará los servicios de rehabilitación cardíaca, como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y contar con la indicación de un médico. El plan también cubre programas para la rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas para la rehabilitación cardíaca.	\$0
 Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (cardíaca) (terapia para enfermedad cardíaca) El plan paga una visita al año con su proveedor de cuidado primario para ayudarlo a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante esta visita, su médico puede: <ul style="list-style-type: none"> • analizar el uso de aspirina, • controlarle la presión arterial, o • darle consejos para asegurarse de que usted se alimente bien 	\$0




Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) El plan paga análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos debido a factores de alto riesgo de enfermedad cardíaca.	\$0
 Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina El plan pagará los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para las mujeres que están en alto riesgo de cáncer del cuello uterino o de la vagina: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para las mujeres que han tenido un resultado anormal de una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	\$0
Servicios quiroprácticos El plan pagará los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para corregir desviaciones 	\$0
Cologuard® <ul style="list-style-type: none"> • La cobertura comienza a los 45 años y la frecuencia de esta es la misma que la de Medicare. 	\$0




Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad, y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no están en alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes que están en alto riesgo después de un enema de bario o una colonoscopia de detección previos. • Sigmoidoscopia flexible para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no están en alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes que están en alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de detección de sangre oculta en la materia fecal para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • Análisis multiobjetivo de ADN en heces fecales para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de Biomarcadores en Sangre para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de Bario como alternativa a una colonoscopia para los pacientes que están en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de Bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para los pacientes que no están en alto riesgo y que son mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal en heces fecales no invasivo cubierto por Medicare arroje un resultado positivo. 	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco</p> <p>Si usted usa tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> El plan pagará dos intentos de dejar el tabaco con asesoramiento en un período de 12 meses como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona. <p>Si usted usa tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede verse afectado por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> El plan pagará dos intentos de dejar el tabaco con asesoramiento en un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona. 	\$0
<p>Micromatriz de la Constitución Citogenómica</p> <ul style="list-style-type: none"> Con cobertura para las mujeres que se realizan procedimientos de diagnóstico prenatal, y los productos de la concepción como resultado de abortos espontáneos recurrentes. Se harán excepciones a la limitación de una vez en la vida si se presenta documentación que demuestre la necesidad médica (p. ej., embarazos subsiguientes). 	\$0




Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>UnitedHealthcare Connected® pagará los siguientes servicios:</p> <p>Los miembros mayores de 21 años que cumplen los requisitos pueden recibir todos los servicios dentales por hasta un beneficio de \$1,000 por año para cubrir una limpieza y un examen de rutina por año, una radiografía de la boca completa, dentaduras postizas y reparación de las dentaduras postizas, y raspado y alisado radicular médicamente necesarios (solamente para miembros que no estén inscritos en un programa de exención). Si usted está inscrito en un programa de exención, consulte la sección “servicios en la comunidad” más adelante en este capítulo.</p> <p>Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes bucales que preceden a un trasplante de riñón.</p>	\$0
<p> Evaluación de depresión</p> <p>El plan pagará una evaluación de depresión por año. La evaluación se debe realizar en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y referencias.</p>	\$0




Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.**

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Pruebas de detección de la diabetes</p> <p>El plan pagará estas pruebas de detección (que incluyen pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Presión arterial alta (hipertensión)• Historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia)• Obesidad• Historial de nivel alto de azúcar (glucosa) en la sangre <p>Es posible que las pruebas estén cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso e historial familiar de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, usted puede calificar para realizarse hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses.</p>	\$0




Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (usen o no insulina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para medir la glucosa en la sangre (glucemia): <ul style="list-style-type: none"> – Un medidor de glucosa en la sangre – Tiras para medir la glucosa en la sangre – Lancetas y dispositivos para lancetas – Soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de los glucómetros y las tiras para medir la glucosa. <p>UnitedHealthcare Connected® cubre los medidores de glucosa en la sangre y las tiras para medir la glucosa en la sangre que se especifican en la lista de la derecha. Generalmente no cubriremos marcas alternativas, a menos que su médico u otro proveedor nos diga que el uso de una marca alternativa es médicamente necesario en su situación específica. Si usted es nuevo en nuestro plan y está usando una marca de medidores de glucosa en la sangre y de tiras para medir la glucosa en la sangre que no aparece en nuestra lista, puede comunicarse con nosotros en los primeros 90 días a partir de su inscripción en el plan para solicitar un suministro temporal de la marca alternativa mientras consulta a su médico u otro proveedor. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir si alguna de las marcas preferidas es médicamente apropiada para usted.</p>	<p>\$0</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch®Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView. Su plan no cubre otras marcas.</p> <p>\$0 de copago por cada Medidor Continuo de Glucosa y sus suministros cubiertos por Medicare según las pautas de Medicare. No existen limitaciones de marcas para los Medidores Continuos de Glucosa.</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si usted o su médico creen que es médicamente necesario que usted siga usando una marca alternativa, puede solicitar una excepción de cobertura para que mantengamos la cobertura de un producto no preferido hasta el final del año de beneficios. Si no se aprueba la excepción de cobertura, los productos no preferidos no estarán cubiertos después de los 90 días iniciales del año de beneficios. • Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre la marca o el producto apropiado para su condición médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Qué puede hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas].) • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético, el plan pagará lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> – Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluye las plantillas) y dos pares adicionales de plantillas por cada año calendario, o – Plantillas para diabéticos. Los Miembros diabéticos que cumplen los requisitos pueden solicitar recibir dos pares de plantillas de largo completo. A los Miembros mayores de 18 años que cumplen los requisitos para Planes Medicare-Medicaid (MMP) se les ofrecen dos pares de plantillas cada año calendario. El Miembro debe vivir en la comunidad. Excluye a las personas postradas en la cama. <p>El plan también pagará el ajuste de zapatos terapéuticos hechos a medida o zapatos profundos.</p> • En algunos casos, el plan pagará la capacitación para ayudarle a manejar la diabetes. Se limita a 20 visitas de 30 minutos por año por un máximo de 10 horas el año inicial. Para los años subsiguientes de capacitación de seguimiento, se limita a 4 visitas de 30 minutos por un máximo de 2 horas por año. 	



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(En el Capítulo 12, así como en la Sección M del Capítulo 3 de esta guía, usted puede encontrar una definición de “Equipo médico duradero [DME]”.)</p> <p>Los siguientes artículos están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas • Muletas • Sistemas de colchones motorizados • Suministros para la diabetes • Camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio • Bombas de infusión intravenosa (IV) • Dispositivos para la generación del habla • Equipos de oxígeno y suministros • Nebulizadores • Andadores <p>Es posible que haya otros artículos cubiertos.</p> <p>Pagaremos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios que suelen pagar Medicare y Texas Medicaid. Si nuestro distribuidor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, usted puede pedirle si puede realizar un pedido especial para usted.</p> <p>Los beneficios y los límites se describen en el Texas Medicaid Provider Procedures Manual. Incluye suministros médicos desechables.†</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de emergencia</p> <p>Cuidado de emergencia significa servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios para emergencias, y • necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una condición médica con dolor grave o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como consecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un riesgo grave para su salud o la de su feto; o • un daño grave en las funciones corporales; o • una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o • en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: <ul style="list-style-type: none"> – no hay suficiente tiempo para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto. – un traslado a otro hospital podría representar una amenaza para su salud o seguridad, o la de su feto. <p>Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos.</p>	<p>\$0</p> <p>Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y si, después de la estabilización de su emergencia, necesita cuidado como paciente hospitalizado, debe volver a un hospital de la red para que se siga pagando su cuidado. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir su cuidado como paciente hospitalizado solamente si el plan aprueba su estadía. Si es admitido, llámenos inmediatamente.</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para la planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor — ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red — para recibir ciertos servicios para la planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen y tratamiento médico para la planificación familiar • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico para la planificación familiar • Métodos de planificación familiar (píldoras, parche, anillo, dispositivo intrauterino [DIU], inyecciones o implantes anticonceptivos) • Suministros para la planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, lámina, diafragma, capuchón) • Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados • Asesoramiento y pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI), del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y de otras condiciones relacionadas con el VIH • Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI) • Esterilización voluntaria. (Usted debe ser mayor de 21 años y firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Deben pasar al menos 30 días, pero no más de 180 días, entre la fecha en que firma el formulario y la fecha de la cirugía.) • Asesoramiento genético <p>El plan también pagará algunos otros servicios para la planificación familiar. Sin embargo, usted debe usar un proveedor dentro de la red del plan para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para condiciones médicas de infertilidad. (Este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada.) • Tratamiento del SIDA y de otras condiciones relacionadas con el VIH • Pruebas genéticas <p>Usted tiene acceso a centros de maternidad autónomos.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Programas de educación sobre la salud y el bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Libros de Actividades para Adultos que incluyen tarjetas postales con estampilla postal prepagada - Los Miembros que cumplen los requisitos pueden recibir libros de actividades para adultos: sopas de letras, crucigramas, sudokus, libros para colorear y tarjetas postales con estampilla postal prepagada. También recibirán una caja de lápices de colores. • Usted puede obtener una funda de colchón y una funda de almohada hipoalergénicas por año si le diagnostican Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) o asma. Los miembros deben estar bajo la administración activa de casos y vivir en la comunidad. • Acceso telefónico gratuito a enfermeras tituladas, que incluyen enfermeras que hablan español, las 24 horas del día, los 365 días del año. • Los miembros y los cuidadores tendrán acceso a FindHelp.org, una red de cuidado social en Internet que conecta a los miembros con servicios sociales basados en las necesidades y recursos comunitarios gratuitos o de costo reducido para tratar proactivamente los factores determinantes sociales de salud. • Los miembros y los cuidadores tendrán acceso a LiveandWorkWell.com/es/public, que es un recurso confidencial de Optum®. • También le ayudamos a recibir servicios de asesoramiento específicos para adultos mayores de 21 años (hasta 30 visitas por año). • Servicios de telemedicina, telesalud y telemonitoreo, tecnología telefónica o por Internet, y Manejo Optimizado de Enfermedades. <ul style="list-style-type: none"> – Coordinación intensiva de servicios y manejo de enfermedades (DM), que son tanto intensivos desde el punto de vista de la educación como orientados al miembro, para miembros que incluyen, entre otros, aquellos que tienen los siguientes diagnósticos: Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), diabetes, Insuficiencia Cardíaca Congestiva (CHF) y Arteriopatía Coronaria (CAD), y miembros con condiciones comórbidas o crónicas complejas, y que se consideran de alto riesgo. 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Programas de educación sobre la salud y el bienestar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kits de Jardín de Hierbas con recetas — Un kit de jardín de hierbas con tarjetas de recetas para los miembros que estén interesados en preparar comidas caseras más saludables para mejorar su salud. • Kit para Hacer Ejercicio — Un podómetro, un paquete de bandas de resistencia y una botella de agua para los miembros que estén interesados en bajar de peso o adoptar un estilo de vida activo. • Pastillero con guía de controles de salud — Un pastillero y una guía de controles de salud por año fiscal, que les permitirán a los miembros controlar su salud y administrar sus medicamentos de manera independiente. <p>Su Coordinador de Servicios puede darle más información sobre nuestros servicios de asesoramiento y para el Manejo de Enfermedades.†</p>	
<p>Servicios para la audición</p> <p>El plan paga los exámenes de audición y del equilibrio que le realice su proveedor. Estos exámenes le indicarán si usted necesita tratamiento médico. Están cubiertos como cuidado para pacientes ambulatorios cuando usted los recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>El plan también pagará un aparato auditivo para un oído cada cinco años desde el mes en que se suministró; se puede obtener un reembolso del costo del aparato auditivo para el oído izquierdo o el derecho, pero no para los dos en el mismo período de cinco años.†</p>	\$0
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>El plan paga una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • piden una prueba de detección del VIH, o • están en mayor riesgo de infección por el VIH. <p>Para las mujeres que están embarazadas, el plan paga hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio</p> <p>Antes de que usted pueda recibir servicios de asistencia médica a domicilio, un médico debe decirnos que usted los necesita, y los debe prestar una agencia de asistencia médica a domicilio.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o de manera intermitente (para que estén cubiertos por el beneficio de cuidado de asistencia médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio combinados deben sumar un total de menos de 8 horas por día y de 35 horas por semana.)• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla• Servicios médicos y sociales• Equipo y suministros médicos <p>Las mujeres que acaban de tener un bebé pueden obtener dos visitas de asistencia médica a domicilio sin la indicación de un médico ni una preautorización.†</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusión a domicilio</p> <p>El plan pagará la terapia de infusión a domicilio, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican debajo de la piel, y se le proporcionan en su domicilio. Para realizar la infusión a domicilio, se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • Equipo, como una bomba; y • Suministros, como tubos o un catéter. <p>El plan cubrirá los servicios de infusión a domicilio que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluso servicios de enfermería, prestados según su plan de cuidado; • Capacitación y educación del miembro que no se incluyan ya en el beneficio de equipo médico duradero; • Monitoreo remoto; y • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un distribuidor calificado de terapia de infusión a domicilio. 	<p>\$0</p>
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene un pronóstico terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir este servicio de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>El plan pagará lo siguiente mientras usted reciba servicios de cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • Relevo del cuidador a corto plazo 	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado a domicilio <p>Los servicios de cuidados paliativos y los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. <p>Por servicios que están cubiertos por UnitedHealthcare Connected®, pero que no están cubiertos por la Parte A ni B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • UnitedHealthcare Connected® cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A ni B de Medicare, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios. <p>Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de UnitedHealthcare Connected®:</p> <p>Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.</p> <p>Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos, debe llamar a su Coordinador de Servicios para que haga los arreglos necesarios para los servicios. Los cuidados que no son paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal. Llame a su Coordinador de Servicios directamente o a Servicio al Cliente al 1-800-256-6533 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consultoría sobre cuidados paliativos para personas que tengan una enfermedad terminal y que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Vacunas El plan pagará los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la pulmonía• Vacuna antigripal, una vez cada estación de la gripe en el otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario• Vacuna contra la hepatitis B si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B• Vacuna contra la COVID-19• Otras vacunas, si usted está en riesgo y dichas vacunas cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare o de Medicaid El plan pagará otras vacunas que cumplan las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6.	\$0



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de cuidados especiales, como las unidades de cuidados intensivos o de cuidado coronario • Medicamentos y principios activos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios para radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Aparatos, como sillas de ruedas • Servicios de quirófano y de sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias • Sangre, incluso su almacenamiento y administración <ul style="list-style-type: none"> – El plan pagará la sangre entera y los concentrados de glóbulos rojos a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o autodonarse la sangre o pedirle a alguien que se la done. – El plan pagará todos los demás componentes de la sangre a partir de la primera pinta usada. • Servicios de un médico • Programa de entrega de comida a domicilio después de ser dado de alta para miembros que regresan a la comunidad luego de una estadía en el hospital o un Centro de Enfermería. 	<p>\$0</p> <p>Usted debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control.</p> <p>Cubrimos 30 días calendario adicionales después de que use los días cubiertos por Medicare.</p> <p>Nota: Para que usted sea un paciente hospitalizado, su proveedor debe realizar una indicación por escrito para admitirle formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio. Esto se llama estadía en “Observación para Pacientes Ambulatorios”. Si usted no está seguro de que sea un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle a su médico o al personal del hospital.</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. <p>Si usted necesita un trasplante, un centro de trasplante aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted puede recibir sus servicios para trasplantes localmente o en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad. Si UnitedHealthcare Connected® presta servicios para trasplantes en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad y usted decide realizarse su trasplante allí, haremos los arreglos necesarios o pagaremos los costos de viaje y alojamiento para usted y un acompañante. Hable con su Coordinador de Servicios o su proveedor de cuidado primario.</p> <p>Los beneficios y los límites se describen en el Texas Medicaid Provider Procedures Manual. Por ejemplo, se aplica un período por enfermedad de 30 días.</p> <p><i>Se necesita una preautorización. Es posible que se necesite una referencia.</i></p>	



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <ul style="list-style-type: none">El plan pagará los servicios para el cuidado de la salud mental que requieran una estadía en el hospital. <p>El beneficio no está cubierto para personas de 22 a 64 años conforme a la disposición federal sobre instituciones de enfermedad mental. La organización de cuidado administrado (MCO) puede prestar servicios para pacientes hospitalizados por condiciones psiquiátricas agudas en un hospital psiquiátrico autónomo en lugar de un centro hospitalario de cuidado para casos agudos para pacientes hospitalizados. La organización de cuidado administrado podría prestar servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en un centro de tratamiento para la dependencia de sustancias en lugar de un centro hospitalario de cuidado para casos agudos para pacientes hospitalizados.</p> <p><i>Se necesita una preautorización.</i></p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos en un hospital durante una estadía como paciente hospitalizado sin cobertura</p> <p>Si su estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, el plan no la pagará.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, el plan pagará los servicios que usted reciba mientras esté en el hospital. El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico, como las pruebas de laboratorio • Radioterapia con rayos x y radioisótopos, incluso los materiales y servicios del técnico • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones • Prótesis y ortesis, que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de tales dispositivos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> – reemplazan de manera total o parcial un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido circundante), o – reemplazan de manera total o parcial la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o que funciona mal. • Abrazaderas ortopédicas para piernas, brazos, espalda y cuello; cinturones quirúrgicos; y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>\$0</p>





Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para tratar la enfermedad renal</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. <ul style="list-style-type: none"> – Usted debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe referirle. – El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando el proveedor que le presta este servicio no esté a su disposición o accesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados, si usted es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidados especiales • Capacitación en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el domicilio • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio • Ciertos servicios de apoyo en el domicilio, por ejemplo, visitas necesarias de técnicos en diálisis para verificar su diálisis en el domicilio, ayudar en situaciones de emergencia y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua <p>Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” a continuación de esta tabla.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 50 y 77 años, y • Realiza una visita de asesoramiento y toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • Fumó al menos 1 paquete de cigarrillos por día durante 20 años y no tiene signos ni síntomas de cáncer de pulmón, fuma actualmente o ha dejado de hacerlo en los últimos 15 años. <p>Después del primer examen de detección, el plan pagará otro cada año con una indicación por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	<p>\$0</p>
<p>Beneficio de comidas</p> <p>Apoyo de comidas para los miembros que cumplen los requisitos, que no están inscritos en un Programa de Exención en la comunidad y que hayan sido dados de alta recientemente del hospital o un centro de enfermería especializada (inmediatamente después de una cirugía o una hospitalización). Hasta 12 comidas entregadas a su domicilio por dos semanas, con un máximo de 24 comidas por cuatro semanas (28 días), cada año después de dejar el hospital o un centro de enfermería, o cuando un médico lo pida como parte de un programa supervisado para aliviar los efectos de una enfermedad crónica.</p>	<p>\$0</p>
<p> Terapia de nutrición clínica</p> <p>Este beneficio es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indica su médico.</p> <p>El plan pagará tres horas de servicios de asesoramiento en persona durante el primer año que usted recibe servicios de terapia de nutrición clínica conforme a Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare.) Después de eso, pagamos dos horas de servicios de asesoramiento en persona por año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la indicación de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar la indicación cada año si usted necesita continuar con el tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>El plan pagará los servicios del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare. Este programa está diseñado para ayudarle a aumentar sus hábitos saludables. Proporciona capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio dietario a largo plazo, y • mayor actividad física, y • estrategias para sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	\$0
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. UnitedHealthcare Connected® pagará los siguientes medicamentos que pueden estar sujetos a terapia escalonada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, en general, usted no se autoadministra, sino que se los inyectan o administran mediante infusión mientras recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria • Insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que usted se administra a través de equipo médico duradero (como los nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia • Medicamentos inmunodepresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento en que recibió el trasplante de órgano • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si usted está recluida en el domicilio, tiene una fractura que un médico certifica que tuvo relación con la osteoporosis después de la menopausia y usted no puede autoinyectarse el medicamento • Antígenos 	\$0



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, que incluyen la heparina, el antídoto de la heparina (cuando sea médicamente necesario), los anestésicos tópicos y los agentes estimuladores de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades por inmunodeficiencia primaria • Medicamentos para quimioterapia y su administración <p>El siguiente enlace le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a Terapia Escalonada: medicare.uhc.com/medicare/member/documents/part-b-step-therapy.html</p> <p>Es posible que usted o su médico deban proporcionar más información sobre cómo se usa un medicamento con receta de la Parte B de Medicare para determinar la cobertura. Es posible que existan medicamentos eficaces de menor costo que tratan la misma condición médica. Si le recetan un nuevo medicamento de la Parte B o no ha surtido recientemente el medicamento conforme a la Parte B, es posible que se le exija probar uno o más de esos otros medicamentos antes de que el plan cubra su medicamento. Si usted ya ha probado otros medicamentos o si su médico piensa que no son adecuados para usted, usted o su médico pueden pedir al plan que cubra el medicamento de la Parte B. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, Qué puede hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas].) Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios y las reglas que usted debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos.</p> <p>El Capítulo 6 explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.†</p>	



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia (NEMT) (Ayuda para Conseguir Transporte)</p> <p>El plan pagará los servicios de transporte hacia citas de cuidado de la salud que no sean de emergencia si usted no tiene otras opciones de transporte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estos viajes incluyen aquellos para ir al médico, al dentista, al hospital, a la farmacia y a otros lugares en los que recibe servicios para el cuidado de la salud. • Estos viajes no incluyen viajes en ambulancia. <p>Los servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pases o boletos de transporte, por ejemplo, de transporte público dentro y entre ciudades o estados (incluso en tren o en autobús). • Servicios de transporte en aerolínea comercial. • Servicios de transporte a pedido (acera a acera) en autobuses, camionetas o sedanes (incluidos los vehículos con acceso para sillas de ruedas si es necesario). • Reembolso del costo del millaje para un participante de transporte individual (ITP) por un viaje realizado verificado para recibir un servicio cubierto para el cuidado de la salud. El participante de transporte individual puede ser usted, un tercero responsable, un familiar, un amigo o un vecino. <p>Transporte para que los miembros puedan acceder a servicios de valor agregado (VAS) que requieren transporte y para miembros que no reciben servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia. Por ejemplo, visitas a proveedores que no tienen un participante de transporte individual (ITP), proveedores de terapia de servicios de valor agregado que no están cubiertos por el beneficio de servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia y eventos para miembros de UHC o reuniones del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC) según lo aprobado por los Defensores de Miembros o los Administradores de Casos de UnitedHealthcare Community Plan. Se limita a doce (12) viajes en una sola dirección por año. Es necesario hacer reservas. Llame al 1-866-427-6607, TTY 1-866-288-3133, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Llame al menos 2 días hábiles antes de su cita.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado en un centro de enfermería</p> <p>Con cobertura de servicios de salud básicos (cuidado de casos agudos) (ya sea a través de Medicare o STAR+PLUS) y servicios para el cuidado a largo plazo a través de STAR+PLUS.</p> <p>Un kit de bienvenida para los miembros cada año cuando usted sea admitido en un asilo de convalecencia de la red.</p> <p>Como mínimo, cada kit incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medias antideslizantes • Una gorra de baño • Una botella de agua/taza de café • Una lupa con luz • Una bolsa reutilizable • Una luz de noche <p>Programa de entrega de comida a domicilio después de ser dado de alta para miembros que regresan a la comunidad luego de una estadía en el hospital o un Centro de Enfermería.</p> <p>El centro de enfermería es responsable de proporcionar transporte hacia servicios médicos fuera del centro. Los Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia están disponibles para los miembros que están en un centro de enfermería para trasladarse hasta centros de tratamiento de diálisis.</p> <p>Etiquetas a Prueba de Agua para la Ropa — Un paquete (100) de etiquetas a prueba de agua para la ropa preimpresas con el nombre del miembro para aquellos que están en un centro de enfermería a fin de evitar que pierdan su ropa/sus objetos personales.</p> <p>Kit para Bonsái — El kit para bonsái está disponible para los miembros que están en un centro de enfermería (según lo permitido) para el alivio del estrés y el desarrollo cognitivo.</p> <p>Kit para Hacer Ejercicio — Un podómetro, un paquete de bandas de resistencia y una botella de agua para los miembros que estén interesados en bajar de peso o adoptar un estilo de vida activo.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan pagará asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Debe recibir el asesoramiento en un centro de cuidado primario. De esa manera, se lo puede manejar junto con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de cuidado primario para saber más.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos (OTP)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opiáceos (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, el manejo y la administración de dichos medicamentos • Asesoramiento relacionado con el consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Puede haber una cobertura adicional disponible según la parte de Medicaid de la cobertura del plan.</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radiografías• Radioterapia (con radioisótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico• Suministros quirúrgicos, como vendajes• Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones• Pruebas de laboratorio• Sangre, a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o autodonarse la sangre o pedirle a alguien que se la done. El plan pagará el almacenamiento y la administración a partir de la primera pinta que usted necesite.• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios[†]	\$0



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan paga los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el Departamento para Pacientes Ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un Departamento de Emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> – Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si usted necesita ser admitido en el hospital como “paciente hospitalizado”. – A veces, usted puede pasar la noche en el hospital y aun así ser un “paciente ambulatorio”. – Puede obtener más información sobre el hecho de ser un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio en esta hoja informativa: https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin dicho programa, se necesitaría tratamiento como paciente hospitalizado • Radiografías y otros servicios para radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Servicios y exámenes preventivos indicados en la Tabla de Beneficios • Algunos medicamentos que usted no se puede administrar solo[†] 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan pagará servicios de salud mental prestados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un psiquiatra o un médico con licencia del estado, • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • un especialista en enfermería clínica, • un asesor profesional con licencia (LPC), • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), • una enfermera especialista (NP), • un asistente médico (PA), o • cualquier otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales vigentes. <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios clínicos • Tratamiento diurno • Servicios de rehabilitación psicosocial 	\$0
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan pagará fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los Departamentos para Pacientes Ambulatorios de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes, los centros para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.</p> <p><i>Se necesita una preautorización — hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	\$0
<p>Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias</p> <p>Tratamiento y asesoramiento para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cirugía para pacientes ambulatorios El plan pagará servicios y cirugías para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.†	\$0
Servicios para hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio para pacientes ambulatorios en un hospital. Es más intenso que el cuidado que usted recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudarle a no tener que quedarse en el hospital. El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud del comportamiento (mental) que se presta como un servicio para pacientes ambulatorios en un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de cuidado de la salud aprobado a nivel federal o una clínica de salud rural que es de mayor intensidad que el cuidado recibido en el consultorio de su médico o terapeuta, pero que es de menor intensidad que la hospitalización parcial.	\$0



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de asistencia personal</p> <p>El plan cubre la asistencia personal con las actividades de la vida diaria. Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none">• Asearse• Comer• Bañarse• Vestirse e higiene personal• Tareas para la vida funcional/ayuda con la planificación• Preparación de comidas• Transporte o ayuda para conseguir transporte• Asistencia con la deambulación y la movilidad• Refuerzo del apoyo del comportamiento o actividades de terapias especializadas; y• Ayuda con medicamentos <p>Estos servicios pueden ser autodirigidos, si usted lo prefiere. Esta opción permite que usted o su representante legalmente autorizado sea el empleador de algunos de sus proveedores de servicios y que dirija la prestación de los servicios del programa.</p> <p><i>Se necesita una preautorización — hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)</p> <p>El plan cubre servicios de respuesta ante emergencias para usted mediante un sistema electrónico de monitoreo, las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p> <p>En una situación de emergencia, puede presionar un botón de llamada para pedir ayuda.</p> <p><i>Se necesita una preautorización — hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	<p>\$0</p> <p>Los beneficios y los límites se describen en el Texas Medicaid Provider Procedures Manual, según lo exigido por el programa Community First Choice (CFC).</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o para el cuidado de la salud médicamente necesarios prestados en lugares como: <ul style="list-style-type: none"> – el consultorio de un médico – un centro de cirugía ambulatoria certificado – el Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital • Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista† • Servicios de telesalud para miembros que tienen un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno concomitante de salud mental • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> – Usted realiza una visita en persona en un plazo no mayor de 6 meses antes de su primera visita de telesalud – Realiza una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud – Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Cuidado de la Salud Aprobados a Nivel Federal • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento de parte de un médico o de un profesional médico para miembros en ciertas zonas rurales o en otros sitios aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), para los miembros que se realizan diálisis en el domicilio, en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro 	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o por videochat) de 5 a 10 minutos con su médico si: <ul style="list-style-type: none"> – usted no es un paciente nuevo y – la consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y – la consulta no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible • Evaluación de videos o imágenes que usted envíe a su médico, y la interpretación y seguimiento del médico en un plazo no mayor de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> – usted no es un paciente nuevo y – la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y – la evaluación no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante el sistema de registros electrónicos de salud, si usted no es un paciente nuevo • Exámenes básicos de audición y del equilibrio realizados por su proveedor de cuidado primario o un especialista, si su médico los indica para saber si usted necesita tratamiento • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> – cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, – reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, – extracción de dientes antes de la radioterapia del cáncer tumoral, – exámenes bucales antes de un trasplante de riñón, o – servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico. 	



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de podiatría El plan pagará los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como los dedos en martillo o los espolones calcáneos)• Cuidado de los pies de rutina para miembros con condiciones que afectan a las piernas, como la diabetes	\$0
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años, el plan pagará los siguientes servicios una vez cada 12 meses: <ul style="list-style-type: none">• Tacto rectal• Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	\$0




Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Prótesis y suministros relacionados</p> <p>Las prótesis reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o su función. El plan pagará las siguientes prótesis y tal vez otras que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía• Marcapasos• Abrazaderas ortopédicas• Zapatos protésicos• Brazos y piernas artificiales• Prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) <p>El plan también pagará algunos suministros relacionados con las prótesis. También pagará la reparación o el reemplazo de las prótesis.</p> <p>El plan ofrece cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Para obtener información detallada, consulte “Cuidado de la vista” más adelante en esta sección.</p> <p>El plan no pagará prótesis dentales para miembros que no están inscritos en un programa de exención. Si usted está inscrito en un programa de exención STAR+PLUS, es posible que esto esté cubierto con una aprobación.[†]</p>	\$0
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>El plan pagará programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) entre moderada y muy grave. El miembro debe tener una indicación para rehabilitación pulmonar del médico o del proveedor que trate la EPOC.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>El plan pagará las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas que están en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Un proveedor de cuidado primario debe indicar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>El plan también pagará hasta dos sesiones de asesoramiento conductual de alta intensidad en persona cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. El plan pagará estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo únicamente si están a cargo de un proveedor de cuidado primario. Las sesiones deben tener lugar en un centro de cuidado primario, como un consultorio médico.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>No se requiere una estadía previa en el hospital.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesaria • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que usted obtiene como parte de su plan de cuidado, incluidas las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre • Sangre, incluso su almacenamiento y administración <ul style="list-style-type: none"> – El plan pagará la sangre entera y los concentrados de glóbulos rojos a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o autodonarse la sangre o pedirle a alguien que se la done. – El plan pagará todos los demás componentes de la sangre a partir de la primera pinta usada. • Suministros médicos y quirúrgicos que proporcionan los centros de enfermería • Pruebas de laboratorio que se realizan en los centros de enfermería • Radiografías y otros servicios para radiología que se realizan en los centros de enfermería • Aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporcionan los centros de enfermería • Servicios de un médico/proveedor <p>Por lo general, usted recibirá cuidado en centros de la red. Sin embargo, tal vez pueda recibir cuidado en un centro que no esté dentro de nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares si aceptan lo que paga nuestro plan:</p>	<p>\$0</p> <p>Los beneficios y los límites se describen en el Texas Medicaid Provider Procedures Manual.</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un asilo de convalecencia o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione el cuidado de un centro de enfermería) • Un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de unión libre en el momento en que usted deja el hospital <p><i>Se necesita notificación — hable con su proveedor de cuidado primario o su Coordinador de Servicios.</i></p>	
<p>Terapia de Ejercicios Supervisada (SET)</p> <p>El plan pagará la Terapia de Ejercicios Supervisada para miembros que tienen arteriopatía periférica (PAD) sintomática y que cuentan con una referencia del médico responsable del tratamiento de esa enfermedad. El plan pagará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se cumplen todos los requisitos de la Terapia de Ejercicios Supervisada, hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas • Unas 36 sesiones adicionales con el transcurso del tiempo si un proveedor de cuidado de la salud las considera médicamente necesarias <p>El programa de Terapia de Ejercicios Supervisada debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para la arteriopatía periférica en miembros con calambres de piernas debido a la mala circulación sanguínea (claudicación) • Ser en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Ser prestado por personal calificado que se asegure de que el beneficio exceda los riesgos y que esté capacitado en terapia de ejercicios para arteriopatía periférica • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o una enfermera especialista/un especialista en enfermería clínica, capacitados en técnicas de soporte vital básico y avanzado 	\$0



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado requerido de urgencia</p> <p>El cuidado requerido de urgencia es el cuidado que se proporciona para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none">• una situación que no es de emergencia, o• una enfermedad repentina, o• una lesión, o• una condición que necesita cuidado inmediatamente. <p>Si usted necesita cuidado requerido de urgencia, primero debe intentar recibirlo de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no pueda visitar a un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan y necesite servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, pero que no es una emergencia médica).</p> <p>Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos.</p>	\$0




Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de la vista</p> <p>El plan pagará servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones en los ojos. Por ejemplo, exámenes anuales de la vista para detectar la retinopatía diabética en personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare no cubre los exámenes de la vista regulares para anteojos o lentes de contacto.</p> <p>Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, el plan pagará un examen de glaucoma cada año. Las personas que están en alto riesgo de glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con historial familiar de glaucoma, • personas con diabetes • afroamericanos mayores de 50 años, e • hispanos estadounidenses mayores de 65 años. <p>El plan cubre un examen de la vista cada dos años.</p> <p>El plan pagará un par de anteojos o de lentes de contacto cada dos años. El plan también pagará lentes correctivos y marcos estándar, y los reemplazos si los necesita después de una extracción de cataratas sin implante de lente.</p> <p>Miembros mayores de 21 años que cumplen los requisitos. Deben usar un proveedor dentro de la red. Hasta \$105 de beneficio máximo cada 24 meses, acorde con el beneficio de Medicaid, para cubrir mejoras para marcos, lentes o lentes de contacto, o por pérdida o daño que no estén cubiertos por el beneficio de Medicaid. El período de beneficios se mide desde la fecha del servicio. No se puede usar para comprar un segundo par o par de repuesto. Para obtener más información, hable con su Coordinador de Servicios.†</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. Esta visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">• una revisión de su salud,• educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesite (incluidos los exámenes de detección y las vacunas), y• referencias para recibir otro cuidado, si lo necesita. <p>Nota: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que usted tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección E Nuestros servicios a domicilio y en la comunidad

Además de estos servicios generales, nuestro plan también cubre servicios a domicilio y en la comunidad. Estos son los servicios que tal vez pueda usar en lugar de ir a un centro. Para recibir algunos de estos servicios, usted deberá calificar para el programa de exención de servicios a domicilio y en la comunidad (el Programa de Exención STAR+PLUS). Su Coordinador de Servicios colaborará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y si se incluirán en su Plan de Cuidado.

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Artículos de adaptación y suministros médicos</p> <p>El plan cubre los siguientes dispositivos, controles, aparatos o artículos que son necesarios para satisfacer sus necesidades específicas, incluidos aquellos necesarios para el soporte vital, hasta un límite de \$10,000 por año.</p> <p>Es posible que el plan pague lo siguiente si es médica o funcionalmente necesario, y tal vez otros artículos/servicios que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevadores, incluidos los elevadores para vehículos • Aparatos para facilitar la movilidad • Dispositivos de posicionamiento • Interruptores de control/interruptores y dispositivos neumáticos • Unidades de control ambiental • Suministros médicamente necesarios • Aparatos para facilitar la comunicación (incluidas las baterías) • Equipo modificado/de adaptación para actividades de la vida diaria • Restricciones y dispositivos de seguridad <p>Los Coordinadores de Servicios pueden ayudarle a obtener equipos o suministros médicos. Para recibir este servicio/beneficio, usted debe estar inscrito en el programa de exención STAR+PLUS.</p> <p><i>Se necesita una preautorización – hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado tutelar de adultos</p> <p>El plan cubre servicios de vivienda en un hogar tutelar las 24 horas si usted tiene limitaciones físicas, mentales o emocionales, o si no es capaz de seguir desenvolviéndose de forma independiente en su propio domicilio.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none">• Preparación de comidas• Limpieza de la casa• Cuidado personal• Tareas de enfermería• Supervisión• Servicios de compañía• Asistencia para la vida diaria• Transporte <p>Para recibir este servicio/beneficio, usted debe estar inscrito en el programa de exención STAR+PLUS.</p> <p><i>Se necesita una preautorización — hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios en vivienda asistida</p> <p>El plan cubre servicios de vivienda las 24 horas para usted si no puede vivir de forma independiente en su propio domicilio.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hogar para huéspedes/cuidado de compañía que le proporcione: <ul style="list-style-type: none"> – Asistencia personal – Tareas para la vida funcional – Supervisión de su seguridad – Actividades de habilitación • Vivienda supervisada que le proporcione: <ul style="list-style-type: none"> – Asistencia personal – Tareas para la vida funcional – Supervisión de su seguridad – Actividades de habilitación • Servicios de apoyo residencial que le proporcionen: <ul style="list-style-type: none"> – Asistencia personal – Tareas para la vida funcional <p>Para recibir este servicio/beneficio, usted debe estar inscrito en el programa de exención STAR+PLUS.</p> <p><i>Se necesita una preautorización – hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios para el cuidado de la salud del comportamiento</p> <p>Estos servicios incluyen administración de casos de salud mental dirigida a grupos específicos y servicios de rehabilitación de salud mental.</p> <p>Institución que Presta Servicios para Enfermedades Mentales a Personas Mayores de 65 años: Se debe obtener una autorización de un proveedor de servicios para la salud del comportamiento designado.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de rehabilitación cognitiva</p> <p>El plan cubre servicios que le ayudan a aprender o volver a aprender habilidades cognitivas.</p> <p>Estas habilidades se podrían haber perdido o alterado como resultado del daño de neuronas o sustancias químicas del cerebro.</p> <p>Para recibir este servicio/beneficio, usted debe estar inscrito en el programa de exención STAR+PLUS.</p> <p><i>Se necesita una preautorización – hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	\$0
<p>Servicios de salud y actividades diurnas</p> <p>Estos servicios se prestan en un centro de Servicios de Salud y Actividades Diurnas que incluyen servicios de enfermería y para el cuidado personal, servicios de rehabilitación física, servicios de nutrición, servicios de transporte y otros servicios de apoyo.</p>	\$0
<p>Servicios para la habilitación</p> <p>Estos servicios le ayudan a obtener, retener o mejorar las destrezas necesarias para vivir satisfactoriamente en el domicilio o en lugares en la comunidad.</p> <p>Promueven la independencia, la elección personal y el logro de los resultados identificados en su plan de servicios.</p> <p>Usted debe cumplir los requisitos del nivel de cuidado institucional. Hable con su Coordinador de Servicios.</p> <p><i>Se necesita una preautorización.</i></p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios para ayudarle a preservar los dientes y satisfacer sus necesidades médicas, hasta \$5,000 por año. Si se requieren los servicios de un cirujano bucal, usted puede obtener \$5,000 adicionales por año si lo pide.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento dental de emergencia • Tratamiento dental preventivo • Tratamiento dental terapéutico (restauración, mantenimiento, etc.) • Tratamiento dental de ortodoncia <p>Para recibir este servicio/beneficio, usted debe estar inscrito en el programa de exención STAR+PLUS.</p> <p><i>Se necesita una preautorización — hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de respuesta ante emergencias</p> <p>El plan cubre servicios de respuesta ante emergencias para usted mediante un sistema electrónico de monitoreo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>En una situación de emergencia, puede presionar un botón de llamada para pedir ayuda.</p> <p>Usted debe cumplir los requisitos del nivel de cuidado institucional. Hable con su Coordinador de Servicios.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Asistencia laboral</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de sus preferencias de empleo, destrezas para el trabajo, así como requisitos del lugar de trabajo y condiciones laborales; • Localización de posibles empleadores que ofrezcan empleo compatible con sus preferencias, destrezas y requisitos identificados; • Comunicación con un posible empleador en nombre de usted y negociación de su empleo; • Transporte; • Participación en reuniones para la planificación de servicios en equipo. <p>Para recibir este servicio/beneficio, usted debe estar inscrito en el programa de exención STAR+PLUS.</p> <p><i>Se necesita una preautorización – hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de tareas para la vida funcional</p> <p>Estos servicios le ayudan con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación y preparación de comidas • Transporte o ayuda para conseguir transporte • Asistencia con la deambulación y la movilidad • Refuerzo de apoyo del comportamiento o actividades de terapias especializadas • Ayuda con medicamentos 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Programa de entrega de comida a domicilio</p> <p>El plan cubre comidas calientes nutritivas que se le sirven en su domicilio. Las comidas se limitan a 1 o 2 por día.</p> <p>Para recibir este servicio/beneficio, usted debe estar inscrito en el programa de exención STAR+PLUS.</p> <p><i>Se necesita una preautorización – hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	<p>\$0</p>
<p>Modificaciones menores en el domicilio</p> <p>El plan cubre modificaciones menores en el domicilio para proteger su salud, bienestar y seguridad, así como para permitirle desenvolverse con mayor independencia en su domicilio. El plan cubrirá hasta \$7,500 durante su vida y también cubrirá hasta \$300 por año para reparaciones.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalación de rampas y barras de sujeción • Ensanchamiento de las entradas • Modificaciones de la cocina y el baño, y • Otras adaptaciones de accesibilidad especializadas <p>Para recibir este servicio/beneficio, usted debe estar inscrito en el programa de exención STAR+PLUS.</p> <p><i>Se necesita una preautorización – hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de enfermería</p> <p>El plan cubre el tratamiento y la supervisión de sus condiciones médicas, especialmente si usted tiene condiciones crónicas que requieren tareas de enfermería específicas.</p> <p>Para recibir este servicio/beneficio, usted debe estar inscrito en el programa de exención STAR+PLUS.</p> <p><i>Se necesita una preautorización – hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia ocupacional</p> <p>El plan cubre la terapia ocupacional para usted, que proporciona evaluación y tratamiento a cargo de un terapeuta ocupacional con licencia.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación • Desarrollo de planes de tratamiento terapéuticos • Intervención terapéutica directa • Asistencia y capacitación con aparatos de adaptación y dispositivos para aumentar la comunicación • Consulta con otros proveedores de servicios y familiares, y la capacitación de estos • Participación en el equipo de planificación de servicios, cuando corresponda <p>Para recibir este servicio/beneficio, usted debe estar inscrito en el programa de exención STAR+PLUS.</p> <p><i>Se necesita una preautorización – hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	\$0
<p>Oxímetro con guía de controles de salud</p> <p>Los miembros que cumplen los requisitos para el Oxímetro con Guía de Controles de Salud que no califican para el equipo médico duradero de oxímetro y que están bajo una administración de casos activa recibirán un oxímetro de pulso para dedo, dos mascarillas de tela reutilizables y una guía de controles de salud. UnitedHealthcare Connected® (Plan Medicare-Medicaid) enviará esto directamente al miembro que califica.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de asistencia personal</p> <p>El plan cubre la asistencia personal con las actividades de la vida diaria.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asearse • Comer • Bañarse • Vestirse e higiene personal • Tareas para la vida funcional/ayuda con la planificación • Preparación de comidas • Transporte o ayuda para conseguir transporte • Asistencia con la deambulación y la movilidad • Refuerzo del apoyo del comportamiento o actividades de terapias especializadas; y • Ayuda con medicamentos <p><i>Se necesita una preautorización — hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	<p>\$0</p>
<p>Control de plagas:</p> <p>Un paquete de 6 enchufes de pared repelentes de cucarachas para los miembros que cumplen los requisitos y están bajo la administración de casos activa con un diagnóstico de asma o EPOC. UnitedHealthcare Connected® (Plan Medicare-Medicaid) enviará esto directamente al miembro que califica.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Fisioterapia</p> <p>El plan cubre fisioterapia, evaluaciones y tratamientos a cargo de un fisioterapeuta con licencia.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluación• Desarrollo de planes de tratamiento terapéuticos• Intervención terapéutica directa• Asistencia y capacitación con aparatos de adaptación/dispositivos para aumentar la comunicación• Consulta con otros proveedores de servicios y familiares, y la capacitación de estos• Participación en el equipo de planificación de servicios, cuando corresponda <p>Para recibir este servicio/beneficio, usted debe estar inscrito en el programa de exención STAR+PLUS.</p> <p><i>Se necesita una preautorización — hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Relevo del cuidador</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, hasta 30 días por año, y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none">• Asistencia personal• Actividades de habilitación• Actividades comunitarias• Actividades recreativas• Supervisión de su seguridad• Desarrollo de comportamientos socialmente valiosos• Desarrollo de habilidades para la vida diaria <p>Se ofrece relevo del cuidador para garantizar su comodidad, salud y seguridad. Este servicio se puede prestar en los siguientes sitios: en su domicilio o en el lugar donde vive; en un hogar de cuidado tutelar de adultos; en un centro de enfermería certificado por Texas Medicaid; y en una residencia de vivienda asistida.</p> <p>Para recibir este servicio/beneficio, usted debe estar inscrito en el programa de exención STAR+PLUS.</p> <p><i>Se necesita una preautorización – hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia del lenguaje, del habla y de la audición</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluación• Desarrollo de planes de tratamiento terapéuticos• Intervención terapéutica directa• Asistencia/capacitación con aparatos de adaptación y dispositivos para aumentar la comunicación• Consulta con otros proveedores de servicios y familiares, y la capacitación de estos• Participación en el equipo de planificación de servicios, cuando corresponda <p>Para recibir este servicio/beneficio, usted debe estar inscrito en el programa de exención STAR+PLUS.</p> <p><i>Se necesita una preautorización – hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Consulta de apoyo</p> <p>Cuando lo solicite, usted tendrá acceso a una consulta de apoyo opcional a cargo de un asesor de apoyo certificado elegido.</p> <p>Este asesor le ayudará a aprender y cumplir las responsabilidades de empleador.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reclutar, seleccionar y contratar trabajadores • Preparar descripciones de los trabajos • Verificar los requisitos y la formación necesaria para el empleo, así como otros documentos requeridos para emplear a una persona • Administrar a los trabajadores • Otras destrezas profesionales que sean necesarias <p>Para recibir este servicio/beneficio, usted debe estar inscrito en el programa de exención STAR+PLUS.</p> <p><i>Se necesita una preautorización – hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	<p>\$0</p>
<p>Apoyo laboral</p> <p>El plan cubre el apoyo laboral, que se le proporciona a usted en su lugar de trabajo si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted necesita los servicios de apoyo para mantener el empleo debido a una discapacidad; • Recibe un salario mínimo (o más) por el trabajo que realiza; y • Su lugar de trabajo es competitivo e integrado. <p>El plan también cubre el transporte desde y hacia su lugar de trabajo, así como la supervisión y capacitación que reciba aparte de la que un empleador proporcionaría habitualmente.</p> <p>Para recibir este servicio/beneficio, usted debe estar inscrito en el programa de exención STAR+PLUS.</p> <p><i>Se necesita una preautorización – hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de asistencia de transición</p> <p>El plan cubre una transición de un centro de enfermería a un domicilio en la comunidad, hasta un límite de \$2,500.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pago de depósitos de garantías requeridos para alquilar un departamento o una casa • Cargos de instalación o depósitos para habilitar los servicios públicos de la vivienda, entre ellos, teléfono, electricidad, gas y agua • Compra de muebles y artículos esenciales para el departamento o la casa, entre ellos, mesa, sillas, persianas, utensilios para comer, artículos para preparar comidas y ropa blanca de baño • Pago de gastos de mudanza necesarios para mudarse u ocupar el departamento o la casa; y • Pago de servicios para proteger su salud en el departamento o la casa, como erradicación de plagas, control de alérgenos o una limpieza por única vez antes de la ocupación de la vivienda <p>Para recibir este servicio/beneficio, usted debe estar inscrito en el programa de exención STAR+PLUS.</p> <p><i>Se necesita una preautorización – hable con su Coordinador de Servicios.</i></p>	<p>\$0</p>

†Servicios cubiertos para los que su proveedor podría tener que solicitar una preautorización.

Sección F Beneficios cubiertos fuera de UnitedHealthcare Connected®

Los siguientes servicios no están cubiertos por UnitedHealthcare Connected®, pero están disponibles para usted a través de Medicare o de Texas Medicaid.

Sección F1 Cuidados paliativos

Usted tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir este



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

servicio de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Estos programas proporcionan a los miembros y sus familias cuidados paliativos y de apoyo para satisfacer las necesidades especiales que surjan de las dificultades físicas, psicológicas, espirituales, sociales y económicas que se presentan durante las etapas finales de una enfermedad y durante la muerte y el duelo. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de Beneficios de la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que paga UnitedHealthcare Connected® mientras usted recibe servicios de cuidados paliativos.

Por servicios de cuidados paliativos y por servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal:

- El proveedor de cuidados paliativos facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A o B de Medicare. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal *(excepto cuidado de emergencia o cuidado requerido de urgencia):*

- El proveedor facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de UnitedHealthcare Connected®:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos, debe llamar a su Coordinador de Servicios para que haga los arreglos necesarios para los servicios. Los cuidados que no son paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal. Puede comunicarse con su Coordinador de Servicios al número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2 o puede llamar a Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece al pie de esta página.

Sección F2 Programa de Evaluación Previa a la Admisión y Revisión de Residentes (PASRR)

El objetivo del programa de Evaluación Previa a la Admisión y Revisión de Residentes (Pre-Admission Screening and Resident Review, PASRR) es asegurarse de que los miembros no sean ingresados inapropiadamente en asilos de convalecencia. Este programa requiere que a los miembros (1) se les realice una evaluación de enfermedades mentales, de discapacidad intelectual o de ambas; (2) se les ofrezca el lugar más apropiado para sus necesidades (en la comunidad, en un centro de enfermería o en un centro de cuidado para casos agudos); y (3) se les presten los servicios que necesiten en dichos lugares.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección G Beneficios que no cubre UnitedHealthcare Connected®, Medicare ni Texas Medicaid

Esta sección explica los tipos de beneficios que están excluidos por el plan. Excluidos significa que el plan no paga estos beneficios. Medicare y Texas Medicaid tampoco los pagarán.

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no tienen cobertura del plan en ningún caso, y otros que están excluidos por el plan solamente en algunos casos.

El plan no pagará los beneficios médicos excluidos que aparecen en esta sección (o en cualquier otra parte de esta **Guía para Miembros**), excepto en los casos específicos indicados. Aunque usted reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si usted piensa que deberíamos pagar un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por nuestro plan:**

1. Servicios que no se consideren “razonables y necesarios”, según las normas de Medicare y de Texas Medicaid, salvo que nuestro plan indique que estos servicios son servicios cubiertos.
2. Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, página 48, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.
3. Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario.
4. Habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria.
5. Enfermeras privadas. Si usted está inscrito en un programa de exención STAR+PLUS, es posible que esto esté cubierto con una aprobación.
6. Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
7. Cuidado de enfermería a tiempo completo en su domicilio. Si usted está inscrito en un programa de exención STAR+PLUS, es posible que esto esté cubierto con una aprobación.
8. Cargos que cobren sus familiares inmediatos o miembros de su núcleo familiar.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

9. Servicios o procedimientos para mejoras electivas o voluntarias (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, función sexual, rendimiento deportivo, fines estéticos, prevención del envejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
10. Cirugía estética u otros procedimientos estéticos, salvo cuando sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo deformada. Sin embargo, el plan pagará la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno con el fin de lograr un aspecto simétrico.
11. Cuidado quiropráctico, excepto la manipulación manual de la columna vertebral según las pautas de cobertura de Medicare.
12. Cuidado de los pies de rutina, excepto la cobertura limitada proporcionada según las pautas de Medicare.
13. Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de una abrazadera ortopédica para la pierna y se incluyan en el costo de la abrazadera, o si los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético, para miembros que no están inscritos en un programa de exención. Si usted está inscrito en un programa de exención STAR+PLUS, es posible que esto esté cubierto con una aprobación.
14. Dispositivos de apoyo para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético, para miembros que no están inscritos en un programa de exención. Si usted está inscrito en un programa de exención STAR+PLUS, es posible que esto esté cubierto con una aprobación.
15. Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros artículos para la baja visión.
16. Reversión de procedimientos de esterilización, operaciones de cambio de sexo, prótesis penélicas y suministros anticonceptivos sin receta.
17. Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).
18. Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veteran Affairs, VA). Sin embargo, cuando un veterano reciba servicios para emergencias en un hospital del Departamento de Asuntos de los Veteranos y el costo compartido según este Departamento sea mayor que el costo compartido conforme a nuestro plan, reembolsaremos la diferencia al veterano. Los miembros siguen siendo responsables de sus costos compartidos.
19. Vacunas para viajes al extranjero.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Capítulo 5

Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través del plan

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Estos medicamentos son los que le indica su proveedor y que usted obtiene en una farmacia o una farmacia de pedidos por correo. Incluyen los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos con receta y sin receta cubiertos por Texas Medicaid. El Capítulo 6 indica lo que usted paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

UnitedHealthcare Connected® también cubre los siguientes medicamentos, aunque no se detallarán en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare, que incluyen algunos medicamentos que le administran mientras usted esté en un hospital o en un centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare, que incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones que se le administran durante una visita al consultorio con un médico u otro proveedor, ciertos productos de suministros para la asistencia médica a domicilio (tiras reactivas, lancetas, espaciadores), y los medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

Generalmente, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga las reglas de esta sección.

1. Un médico u otro proveedor debe emitir su receta, que debe ser válida conforme a la ley estatal vigente. Esta persona, a menudo, es su proveedor de cuidado primario (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de cuidado primario le dio una referencia para que le atiendan.
2. El profesional que le receta no debe estar en las Listas de Proveedores Excluidos o Proveedores Inhabilitados de Medicare.
3. Por lo general, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta.
4. Su medicamento con receta debe estar en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** del plan. Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si no está en la Lista de Medicamentos, es posible que lo cubramos si hacemos una excepción. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo solicitar una excepción.
5. Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas.

Índice

Sección A	Cómo surtir sus recetas	123
Sección A1	Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red.....	123
Sección A2	Use su Tarjeta de ID de Miembro cuando surta una receta.....	123
Sección A3	Qué puede hacer si cambia a una farmacia de la red diferente	123
Sección A4	Qué puede hacer si su farmacia deja la red	123
Sección A5	Uso de una farmacia especializada	124
Sección A6	Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos	124
Sección A7	Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	126
Sección A8	Uso de una farmacia que no está dentro de la red del plan	126
Sección A9	Cómo obtener un reembolso si usted paga un medicamento con receta.....	127
Sección B	La Lista de Medicamentos del plan.....	127
Sección B1	Medicamentos de la Lista de Medicamentos	128
Sección B2	Cómo buscar un medicamento en la Lista de Medicamentos.....	128
Sección B3	Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos	129
Sección B4	Niveles de la Lista de Medicamentos	130
Sección C	Límites en algunos medicamentos	130
Sección D	Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto	132
Sección D1	Cómo obtener un suministro temporal	132
Sección E	Cambios en la cobertura de sus medicamentos	134
Sección F	Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	136



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección F1	Si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan	136
Sección F2	Si está en un centro de cuidado a largo plazo	136
Sección F3	Si está en un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare	137
Sección G	Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos	137
Sección G1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura	137
Sección G2	Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.....	138
Sección G3	Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos	139



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A Cómo surtir sus recetas

Sección A1 Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará medicamentos con receta **solamente** si se surten en las farmacias de la red del plan. Una **farmacia de la red** es una farmacia que ha convenido surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Usted puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente.

Sección A2 Use su Tarjeta de ID de Miembro cuando surta una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de ID de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red facturará al plan nuestra parte del costo de su medicamento con receta cubierto. Usted podría tener que pagar un copago a la farmacia cuando pase a retirar su medicamento con receta.

Si no tiene consigo su tarjeta de ID de miembro cuando surta su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria o que consulte su información de inscripción en el plan.

En algunos casos, **si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta cuando pase a retirarlo.**

Luego puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese inmediatamente con Servicio al Cliente. Haremos todo lo posible para ayudar.

- Para saber cómo pedirnos que le hagamos un reembolso, consulte el Capítulo 7.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, puede comunicarse con Servicio al Cliente.

Sección A3 Qué puede hacer si cambia a una farmacia de la red diferente

Si cambia de farmacia y necesita un resurtido de una receta, puede pedirle a un proveedor que le emita una nueva receta o pedir a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con Servicio al Cliente.

Sección A4 Qué puede hacer si su farmacia deja la red

Si la farmacia que usa deja la red del plan, usted tendrá que buscar una nueva farmacia de la red.

Para buscar una nueva farmacia de la red, puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A5 Uso de una farmacia especializada

A veces, las recetas se deben surtir en una **farmacia especializada**. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como un asilo de convalecencia.
 - Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo no está dentro de nuestra red o si usted tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que prestan servicios para el Programa de Servicio de Salud Indígena, Tribal o Indígena Urbano. Excepto en situaciones de emergencia, solamente los nativos americanos de Estados Unidos o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos a ciertos sitios o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación es poco frecuente.)

Para buscar una farmacia especializada, puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente.

Sección A6 Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro de hasta 90 días. Un suministro de 31 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Cómo surtir recetas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Optum Rx, nuestra farmacia con servicio de medicamentos por correo. Puede comunicarse con Optum Rx al **1-877-889-6358** o, si tiene limitaciones auditivas, al (TTY) **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Optum Home Delivery es un servicio de Optum Rx, una farmacia con entrega a domicilio, un administrador de beneficios de farmacia y una compañía afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar Optum Rx para surtir sus medicamentos de mantenimiento. Su red tiene otras farmacias disponibles.

Generalmente, los medicamentos de una receta surtida en una farmacia de pedidos por correo le llegarán en un plazo no mayor de 10 días hábiles. Sin embargo, a veces su pedido por correo podría demorarse. Si su pedido por correo se demora, siga estos pasos:



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Si su receta está registrada en su farmacia local, visite su farmacia para surtir la receta. Si la receta demorada no está registrada en su farmacia local, pídale a su médico o proveedor que llame para autorizar una nueva receta. O bien, su farmacia puede llamar al consultorio médico por usted. Su farmacia puede llamar al servicio de ayuda para Farmacias al **1-877-889-6510** si tiene algún problema, pregunta o inquietud, o si necesita anular un reclamo.

Procesos de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, las nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo:

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de usted

La farmacia automáticamente surtirá las nuevas recetas que reciba de usted y le entregará los medicamentos.

2. Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su proveedor

La farmacia automáticamente surtirá las nuevas recetas que reciba de proveedores de cuidado de la salud y le entregará los medicamentos, sin consultar primero con usted, si:

- Anteriormente, usted usó servicios de pedidos por correo de este plan, o
- Se inscribe en la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de cuidado de la salud. Usted puede llamar a Servicio al Cliente para pedir la entrega automática de todas las recetas nuevas, ahora mismo o en cualquier momento.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea y no se comunicaron con usted para saber si lo deseaba antes de enviarlo, es posible que cumpla los requisitos para recibir un reembolso.

Si anteriormente usted usó una farmacia de pedidos por correo y no desea que la farmacia automáticamente surta cada nueva receta y le envíe los medicamentos, llame a Servicio al Cliente para comunicarse con nosotros.

Si nunca usó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide cancelar el surtido automático de las nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado de la salud para saber si usted desea que se surta y se le envíe el medicamento inmediatamente.

- Así tendrá la oportunidad de confirmar que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluso la concentración, la cantidad y la presentación) y, si es necesario, le permitirá cancelar o demorar el pedido antes de que le facturen y se lo envíen.
- Es importante que usted responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicar lo que deben hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Si no desea recibir entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, llame a Servicio al Cliente para comunicarse con nosotros.

3. Resurtidos de recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo

Para pedir resurtidos, comuníquese con su farmacia al menos 10 días hábiles antes de que se le agote su medicamento con receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

A fin de que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de hacer el envío, asegúrese de que la farmacia sepa cuáles son las mejores maneras de ponerse en contacto con usted. Debería preguntar a la farmacia cuál es la mejor manera de informarles cómo desea que se comuniquen con usted.

Sección A7 Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de **medicamentos de mantenimiento** de la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Los **medicamentos de mantenimiento** son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una condición médica crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 31 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. El **Directorio de Proveedores y Farmacias** le indica las farmacias que pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar a Servicio al Cliente.

Puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

Sección A8 Uso de una farmacia que no está dentro de la red del plan

Por lo general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solamente cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

Pagaremos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Medicamentos con receta para una Emergencia médica

Cubriremos los medicamentos con receta que se surtan en una farmacia fuera de la red si están relacionados con el cuidado de una emergencia médica o el cuidado requerido de urgencia, y si están incluidos en nuestra Lista de Medicamentos. Se seguirán aplicando las restricciones que correspondan.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Cobertura cuando está de viaje o fuera del área de servicio

Si usted toma un medicamento con receta con regularidad y va a realizar un viaje, asegúrese de verificar el suministro del medicamento antes de salir. Cuando sea posible, lleve con usted todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir sus medicamentos con receta con anticipación a través de la farmacia de nuestra red con servicio de medicamentos por correo o a través de otras farmacias de nuestra red. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber cómo pedir sus medicamentos con receta con anticipación.

- Si está viajando dentro de los Estados Unidos o sus territorios y se enferma, se queda sin medicamentos con receta o los pierde, cubriremos los medicamentos con receta que se surtan en una farmacia fuera de la red si usted sigue todas las demás reglas de cobertura.
- Si no le es posible obtener oportunamente un medicamento cubierto dentro del área de servicio debido a que no hay una farmacia de la red con servicio las 24 horas dentro de una distancia razonable para ir en automóvil.
- Si está tratando de surtir un medicamento con receta que no está disponible regularmente en una farmacia de pedidos por correo ni en una farmacia minorista de la red (incluso los medicamentos de alto costo y muy especiales).
- Si necesita un medicamento con receta mientras es paciente en un Departamento de Emergencias, en una clínica donde atiende un proveedor, en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios o en otro centro para pacientes ambulatorios.
- Durante una catástrofe declarada, si surte una receta en una farmacia fuera de la red, llámenos para que le ayudemos a obtener un reembolso de cualquier gasto de su bolsillo en el que pueda haber incurrido, sin incluir ningún copago que corresponda.

En estos casos, primero consulte a Servicio al Cliente para saber si hay una farmacia de la red cercana.

Sección A9 Cómo obtener un reembolso si usted paga un medicamento con receta

Si usted cree que deberíamos reembolsarle el costo de un medicamento con receta cubierto por Texas Medicaid que ya pagó, llame a Servicio al Cliente para pedir ayuda.

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total en vez de un copago cuando obtenga su medicamento con receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Para obtener más información sobre este tema, consulte el Capítulo 7.

Sección B La Lista de Medicamentos del plan

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

El plan elige los medicamentos de la Lista de Medicamentos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos también indica si hay alguna regla que usted deba seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

Sección B1 Medicamentos de la Lista de Medicamentos

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y medicamentos con receta y sin receta cubiertos por sus beneficios de Texas Medicaid.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los típicos (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. En la Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, puede significar un medicamento o un producto biológico, por ejemplo, vacunas o insulina.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos genéricos y de marca.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, los genéricos surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

La Lista de Medicamentos incluye tanto medicamentos genéricos como de marca. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, los genéricos surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos sin receta. Algunos medicamentos sin receta cuestan menos que los medicamentos con receta y surten exactamente el mismo efecto. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente.

Sección B2 Cómo buscar un medicamento en la Lista de Medicamentos

Para saber si un medicamento que está tomando está en la Lista de Medicamentos, puede:

- Consultar la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visitar el sitio web del plan en **es.UHCCommunityPlan.com**. La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Llamar a Servicio al Cliente para saber si un medicamento está en la Lista de Medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
- Usar nuestra “Real Time Benefit Tool” (Herramienta de Beneficios en Tiempo Real) en **es.myuhc.com/CommunityPlan** o llamar a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente. Con esta herramienta, usted puede buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos para obtener un cálculo aproximado de lo que pagará y para saber si hay medicamentos alternativos en dicha Lista que podrían tratar la misma condición.

Sección B3 Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no están en la Lista de Medicamentos porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de Medicamentos.

UnitedHealthcare Connected® no pagará los medicamentos que se indican en esta sección, llamados medicamentos excluidos. Si le recetan un medicamento excluido, usted debe pagarlo de su bolsillo. Si cree que deberíamos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.)

Tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D de Medicare y de Texas Medicaid) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare están cubiertos por UnitedHealthcare Connected® sin costo, pero no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), o contar con el respaldo de ciertas referencias médicas como tratamiento de su condición. Para tratar su condición, su médico podría recetarle un cierto medicamento, aunque no esté aprobado para tratar dicha condición. Esto se llama uso fuera de la indicación aprobada. Nuestro plan generalmente no cubre los medicamentos cuando se recetan para un uso fuera de la indicación aprobada.

Además, por ley, los tipos de medicamentos que se indican a continuación no están cubiertos por Medicare ni por Texas Medicaid.

- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
- Medicamentos que se usan para tratar la anorexia, para bajar o subir de peso, a menos que estén cubiertos de otra manera por el Programa de Medicamentos de Proveedores de Texas Medicaid
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que fabrica los medicamentos dice que usted solamente debe recibir exámenes o servicios prestados por ellos

Sección B4 Niveles de la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está asignado a uno de 3 niveles de costo compartido. Un nivel es un grupo de medicamentos que generalmente son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o sin receta). Por lo general, mientras más alto sea el nivel, más alto será el costo de su medicamento.

- Los medicamentos del Nivel 1 tienen el copago más bajo. Son medicamentos genéricos. El copago será de \$0 a \$4.50, según su nivel de ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 2 tienen un copago más alto. Son medicamentos de marca. El copago será de \$0 a \$11.20, según su nivel de ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 3 tienen un copago de \$0. Son Medicamentos Sin Receta (Over-the-Counter, OTC) o Medicamentos que No Son de la Parte D.

Para saber a qué nivel de costo compartido está asignado su medicamento, busque el medicamento en la Lista de Medicamentos del plan.

El Capítulo 6 indica lo que usted paga por los medicamentos de cada nivel de costo compartido.

Sección C Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo el plan los cubre. Por lo general, nuestras reglas le alientan a obtener un medicamento que sea seguro y eficaz para su condición médica. Cuando un medicamento seguro y de menor costo surte exactamente el mismo efecto que un medicamento de mayor costo, el plan espera que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Si hay una regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que lo cubramos. Por ejemplo, su proveedor primero tendría que informarnos cuál es su diagnóstico o presentar los resultados de análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no se debería aplicar a su situación, deberían solicitarnos que hagamos una excepción. Podríamos aceptar o no permitirle el uso del medicamento sin tomar las medidas adicionales.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

1. Limitación del uso de un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento genérico surte el mismo efecto que un medicamento de marca y suele costar menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica. Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca cuando haya una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que el medicamento genérico no le surtirá efecto a usted o si ha escrito “No substitutions” (Sin sustitución) en su receta de un medicamento de marca o si nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición le surtirán efecto, cubriremos el medicamento de marca. Es posible que su copago sea mayor por el medicamento de marca que por el medicamento genérico.

2. Obtener la preaprobación del plan

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de UnitedHealthcare Connected® antes de surtir su receta. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que UnitedHealthcare Connected® no cubra el medicamento.

Si se trata de una emergencia, puede obtener un suministro de 72 horas de un medicamento cubierto por Texas Medicaid.

3. Probar primero un medicamento diferente

En general, el plan desea que usted pruebe medicamentos de menor costo (que suelen surtir el mismo efecto) antes de que el plan cubra medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que el plan requiera que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le surte efecto, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito se llama **terapia escalonada**.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener cada vez que surte su receta.

Para saber si alguna de las reglas indicadas anteriormente se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente o consulte nuestro sitio web en **es.UHCCommunityPlan.com**.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección D Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto

Tratamos de hacer que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto en la manera que usted desea. Por ejemplo:

- **El medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan.** El medicamento quizás no esté en la Lista de Medicamentos. Podría haber una versión genérica del medicamento que esté cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no. Podría ser que un medicamento sea nuevo y que aún no lo hayamos revisado para determinar su seguridad y eficacia.
- **El medicamento está cubierto, pero hay reglas o límites especiales para la cobertura de ese medicamento.** Según se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el profesional que le receta podrían desear solicitarnos una excepción a la regla.

Hay ciertas medidas que usted puede tomar si su medicamento no está cubierto en la manera que usted desea.

Sección D1 Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento si no está en la Lista de Medicamentos o si tiene alguna limitación. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de obtener un medicamento diferente o de pedir al plan que cubra el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, usted debe cumplir las dos reglas que se indican a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - deja de estar en la Lista de Medicamentos del plan, o
 - nunca estuvo en la Lista de Medicamentos del plan, o
 - ahora tiene alguna limitación.
2. Su situación debe ser una de las siguientes:
 - Usted estuvo en el plan el año pasado.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal será de hasta 30 días como mínimo.
 - Si su receta indica menos días, permitiremos resurtidos adicionales para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Las farmacias de cuidado a largo plazo podrían proporcionar su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el uso indebido.
- Usted es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
 - Este suministro temporal será de hasta 31 días.
 - Si su receta indica menos días, permitiremos resurtidos adicionales para proporcionar hasta un máximo de 31 días del medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidado a largo plazo podrían proporcionar su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el uso indebido.
- Usted ha estado en el plan durante más de 90 días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta indica menos días. Este es un suministro adicional al suministro temporal indicado anteriormente.
 - Para miembros actuales con cambios en el nivel de cuidado: Podría haber transiciones no planificadas, como altas del hospital o cambios en el nivel de cuidado, que ocurran mientras usted es miembro de nuestro plan. Si le recetan un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o sus posibilidades de obtener sus medicamentos son limitadas, debe usar el proceso de excepción del plan. Puede pedir un suministro de emergencia por única vez de hasta 31 días como mínimo que le permita tener tiempo para hablar esto con su médico o solicitar una excepción a la Lista de Medicamentos.
 - Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio al Cliente.

Cuando obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro. Sus opciones son:

- **Puede cambiar el medicamento por otro.**

Es posible que haya un medicamento diferente cubierto por el plan que le surta efecto. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.

O

- **Puede solicitar una excepción.**

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede pedir al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de Medicamentos.

O puede pedir al plan que cubra el medicamento sin límites. Su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción si dice que usted tiene una buena razón médica para hacerlo.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Si usted actualmente es miembro y un medicamento que está tomando se quitará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción al formulario con anticipación para el próximo año. Le avisaremos si el próximo año habrá algún cambio en la cobertura de su medicamento. Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que le receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con Servicio al Cliente.

Sección E Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero UnitedHealthcare Connected® puede agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir exigir o no exigir una preaprobación (prior approval, PA) para un medicamento. (Preaprobación es el permiso de UnitedHealthcare Connected® antes de que usted pueda obtener un medicamento.)
- Agregar o cambiar la cantidad que usted puede obtener de un medicamento (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro.)

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la Sección C anteriormente en este capítulo.

Si usted está tomando un medicamento que estaba cubierto al **principio** del año, generalmente no quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- aparezca un medicamento nuevo más barato en el mercado que surta el mismo efecto que un medicamento de la Lista de Medicamentos actual, o
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, o
- se retire un medicamento del mercado.

Para obtener más información sobre lo que ocurre cuando cambia la Lista de Medicamentos, usted siempre puede:

- Consultar la Lista de Medicamentos actualizada de UnitedHealthcare Connected® en Internet



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

en **es.UHCCommunityPlan.com** o llamar a Servicio al Cliente para consultar la Lista de Medicamentos vigente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Algunos cambios en la Lista de Medicamentos sucederán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico comienza a estar disponible.** A veces, aparece un nuevo medicamento genérico en el mercado que surte el mismo efecto que un medicamento de marca de la Lista de Medicamentos actual. En esos casos, es posible que quitemos el medicamento de marca y que agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o será menor. Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podríamos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez que lo hayamos hecho.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede dar para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de esta guía para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que un medicamento que usted está tomando no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo quitaremos de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, le avisaremos. Si le avisan que un medicamento que usted está tomando ha sido retirado del mercado, debería hablar con su médico u otro profesional que receta.

Podríamos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le avisaremos con anticipación sobre estos otros cambios en la Lista de Medicamentos. Estos cambios podrían suceder si:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos emite una nueva regla o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y**
 - Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente está en la Lista de Medicamentos o
 - Cambiamos los límites o las reglas de cobertura del medicamento de marca.

Cuando ocurran estos cambios:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en la Lista de Medicamentos **o**
- Le avisaremos y le daremos un suministro de 30 días del medicamento después de que usted pida un resurtido.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta, quienes pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que usted puede tomar en su lugar o
- Si debería solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

Podríamos hacer cambios que no afecten a los medicamentos que usted toma actualmente. Para esos cambios, si usted está tomando un medicamento que cubríamos al **principio** del año, generalmente no quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que usted está tomando, aumentamos lo que usted paga por el medicamento o limitamos su uso, el cambio no afectará su uso del medicamento o lo que usted paga por el medicamento durante el resto del año.

Sección F Cobertura de medicamentos en casos especiales

Sección F1 Si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Usted no tendrá que pagar un copago. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el Capítulo 6.

Sección F2 Si está en un centro de cuidado a largo plazo

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo, como un asilo de convalecencia, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro si forma parte de nuestra red.

Consulte su **Directorio de Proveedores y Farmacias** para saber si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. Si la farmacia no es de nuestra red o si usted necesita más información, comuníquese con Servicio al Cliente.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección F3 Si está en un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., un analgésico, un medicamento contra las náuseas, un laxante o un ansiolítico) que no están cubiertos por su centro porque no están relacionados con su pronóstico terminal ni con condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea del profesional que receta o de su proveedor de cuidados paliativos, que indique que los medicamentos no están relacionados antes de que nuestro plan pueda cubrir los medicamentos.
- Para evitar demoras en la entrega de medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por nuestro plan, puede pedir al profesional que le receta o a su proveedor de cuidados paliativos que se aseguren de que tengamos la notificación de que los medicamentos no están relacionados antes de pedir a una farmacia que surta su receta.

Si se va del centro de cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, debe llevar documentación a la farmacia para verificar que usted dejó el centro. Consulte las partes anteriores de este capítulo que indican las reglas para obtener cobertura de medicamentos conforme a la Parte D de Medicare.

Para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos, consulte el Capítulo 4.

Sección G Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos

Sección G1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que usted surte una receta, buscamos posibles problemas, tales como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- Tal vez no sean necesarios porque usted está tomando otro medicamento que surte el mismo efecto
- Tal vez no sean seguros para su edad o sexo
- Podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Tengan ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico
- Tengan cantidades inseguras de medicamentos analgésicos opiáceos

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos con receta, colaboraremos con su proveedor para corregirlo.

Sección G2 Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Si usted toma medicamentos para diferentes condiciones médicas o está inscrito en un Programa de Administración de Medicamentos que le ayuda a usar sus medicamentos opiáceos de manera segura, es posible que cumpla los requisitos para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de manejo de terapias de medicamentos (medication therapy management, MTM). Este programa ayuda a que usted y su proveedor se aseguren de que sus medicamentos estén surtiendo efecto para mejorar su salud. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos y hablarán con usted sobre:

- Cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma
- Cualquier duda que usted tenga, por ejemplo, sobre los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos
- Cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta y sin receta

Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que usted toma y por qué los toma. Además, obtendrá información sobre las maneras seguras para desechar los medicamentos con receta que forman parte de las sustancias controladas.

Sería conveniente programar una revisión de medicamentos antes de su visita de “Bienestar” anual, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la visita o téngalos consigo en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Además, lleve consigo su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de manejo de terapias de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si usted no desea participar en el programa, háganoslo saber y le retiraremos de este.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección G3 Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos

UnitedHealthcare Connected® cuenta con un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos con receta u otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usted usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opiáceos recientemente, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y médicamente necesario. Si, al hablar con sus médicos, decidimos que su uso de medicamentos opiáceos o benzodiacepínicos con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Requerirle que obtenga todas las recetas de esos medicamentos **de una cierta farmacia o de un cierto médico**
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted

Si pensamos que deberíamos aplicarle una o más limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor o de una farmacia en particular.

Usted tendrá la posibilidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier información que crea que es importante que nosotros sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que usted haya tenido la posibilidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si piensa que cometimos un error, si no está de acuerdo con que usted esté en riesgo debido al uso indebido de medicamentos con receta o si no está de acuerdo con la limitación, usted y el profesional que le receta pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, nosotros revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones al acceso a estos medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a una Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE). (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación y saber más sobre la Entidad de Revisión Independiente, consulte el Capítulo 9.)

Es posible que el Programa de Administración de Medicamentos no se aplique a su caso si usted:

- tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica,
- está recibiendo cuidados paliativos o para el final de la vida, o
- vive en un centro de cuidado a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Capítulo 6

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de Medicare y de Texas Medicaid

Introducción

Este capítulo indica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a:

- medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por Texas Medicaid, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Dado que usted cumple los requisitos de Texas Medicaid, está recibiendo el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

El **programa Ayuda Adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. También se le llama “Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” (Low-Income Subsidy, “LIS”).

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Para obtener más información sobre medicamentos con receta, puede buscar en los siguientes lugares:

- **La Lista de Medicamentos Cubiertos del plan.** La llamamos “Lista de Medicamentos”. Le explica:

- Qué medicamentos paga el plan
- A cuál de los 3 niveles de costo compartido está asignado cada medicamento
- Si hay algún límite en los medicamentos

Si usted necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicio al Cliente. También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web en

es.UHCCommunityPlan.com. La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.

- **El Capítulo 5 de esta Guía para Miembros.**

- El Capítulo 5 explica cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través del plan.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Incluye las reglas que usted debe seguir. También indica los tipos de medicamentos con receta que nuestro plan no cubre.
- **El Directorio de Proveedores y Farmacias del plan.**
 - En la mayoría de los casos, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son aquellas que han convenido trabajar con nuestro plan.
 - El **Directorio de Proveedores y Farmacias** tiene una lista de las farmacias de la red. Usted puede obtener más información sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5.
 - Cuando usted usa la “Real Time Benefit Tool” para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la Sección B2 del Capítulo 5), el costo que aparece es en “tiempo real”, lo que significa que el costo que aparece en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un cálculo aproximado de los gastos de su bolsillo que se espera que pague. Para obtener más información, puede llamar a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente.

Índice

Sección A	La Explicación de Beneficios (EOB)	143
Sección B	Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos	143
Sección C	Etapas de Pago de Medicamentos de la Parte D de Medicare.....	144
	Sección C1 Los niveles del plan.....	145
	Sección C2 Sus opciones de farmacias	145
	Sección C3 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.....	145
	Sección C4 Lo que usted paga	146
Sección D	Etapas de Cobertura Inicial.....	147
	Sección D1 Sus opciones de farmacias	148
	Sección D2 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.....	148
	Sección D3 Lo que usted paga	148
	Sección D4 Fin de la Etapa de Cobertura Inicial.....	150
Sección E	Etapas de Cobertura de Gastos Médicos Mayores	150



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección F	Los costos de sus medicamentos si su médico le receta menos de un suministro de un mes completo.....	150
Sección G	Vacunas	151
Sección G1	Lo que debe saber antes de recibir una vacuna	151
Sección G2	Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D de Medicare.....	152



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A La Explicación de Beneficios (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos con receta. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Los **gastos de su bolsillo**. Esto es lo que usted paga, o lo que otros pagan en nombre de usted, por sus medicamentos con receta.
- Los **costos totales de sus medicamentos**. Esto es lo que usted paga, o lo que otros pagan en nombre de usted, por sus medicamentos con receta, más lo que paga el plan.

Cuando usted obtiene medicamentos con receta a través del plan, le enviamos un resumen llamado **Explicación de Beneficios (EOB)**. La Explicación de Beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma, tales como aumentos en los precios y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Usted puede hablar con el profesional que le receta sobre estas opciones de menor costo. La Explicación de Beneficios incluye:

- **Información del mes**. El resumen detalla los medicamentos con receta que usted obtuvo durante el mes anterior. Indica los costos totales de los medicamentos, lo pagado por el plan, así como lo que pagaron usted y otros que pagan por usted.
- **Información del “año hasta la fecha”**. Incluye los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre los precios de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando hay alternativas de menor costo disponibles, aparecen en el resumen a continuación de sus medicamentos actuales. Usted puede hablar con el profesional que le receta para saber más.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se tomarán en cuenta para alcanzar el total de gastos de su bolsillo.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la Lista de Medicamentos.

Sección B Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted realiza, usamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

1. Use su Tarjeta de ID de Miembro.

Muestre su Tarjeta de ID de Miembro cada vez que surta una receta. Esto nos permitirá saber qué recetas surte y lo que usted paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que usted haya pagado. Usted puede pedirnos ayuda para que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento. Comuníquese con su Coordinador de Servicios para obtener información sobre cómo obtener un reembolso.

Las siguientes son algunas de las ocasiones en las que usted debe entregarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuentos que no forma parte del beneficio de nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene conforme a un programa de asistencia a pacientes patrocinado por un fabricante de medicamentos
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto

Para saber cómo pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento, consulte el Capítulo 7.

3. Envíenos la información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.

Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa estatal de ayuda para medicamentos, un programa de ayuda de medicamentos para el sida, el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar para la Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Cuando usted llega a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, UnitedHealthcare Connected® paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.

4. Revise las Explicaciones de Beneficios que le enviamos.

Cuando reciba una **Explicación de Beneficios** por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que hay un error o falta algo, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente. Asegúrese de guardar estas Explicaciones de Beneficios, ya que son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

Sección C Etapas de Pago de Medicamentos de la Parte D de Medicare

En UnitedHealthcare Connected®, existen dos etapas de pago para su cobertura de



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. Lo que usted paga depende de la etapa en que usted se encuentre cuando surta o resurta una receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial	Etapa 2: Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores
<p>Durante esta etapa, el plan paga una parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte, que se llama copago.</p> <p>Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2024.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando haya pagado una cierta cantidad de gastos de su bolsillo.</p>

Sección C1 Los niveles del plan

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos que tienen el mismo copago. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está asignado a uno de 3 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el número del nivel, más alto será el copago. Para encontrar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, puede buscar en la Lista de Medicamentos.

- Los medicamentos del Nivel 1 tienen el copago más bajo. Son medicamentos genéricos. El copago es de \$0 a \$4.50, según sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 2 tienen un copago más alto. Son medicamentos de marca. El copago es de \$0 a \$11.20, según sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 3 tienen un copago de \$0. Son Medicamentos Sin Receta o Medicamentos que No Son de la Parte D.

Sección C2 Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de que lo obtenga en:

- una farmacia de la red, o
- una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para saber cuándo lo haremos.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias, consulte el Capítulo 5 de esta guía y el **Directorio de Proveedores y Farmacias** del plan.

Sección C3 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

“suministro extendido”) al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5 o el **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Sección C4 Lo que usted paga

Es posible que pague un copago cuando surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el precio más bajo.

Puede comunicarse con Servicio al Cliente para saber de cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *un mes o a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de:

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 30 días	El servicio de pedidos por correo del plan Un suministro de un mes o de hasta 90 días	Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red Un suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Para obtener información detallada, consulte el Capítulo 5.
Nivel 1 de Costo Compartido (Medicamentos Genéricos)	\$0 de copago; o \$1.55 de copago; o \$4.50 de copago (según su nivel de ingresos/el nivel que usted reciba del programa Ayuda Adicional)	\$0 de copago; o \$1.55 de copago; o \$4.50 de copago (según su nivel de ingresos/el nivel que usted reciba del programa Ayuda Adicional)	\$0 de copago; o \$1.55 de copago; o \$4.50 de copago (según su nivel de ingresos/el nivel que usted reciba del programa Ayuda Adicional)	\$0 de copago; o \$1.55 de copago; o \$4.50 de copago (según su nivel de ingresos/el nivel que usted reciba del programa Ayuda Adicional)



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 30 días	El servicio de pedidos por correo del plan Un suministro de un mes o de hasta 90 días	Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red Un suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Para obtener información detallada, consulte el Capítulo 5.
Nivel 2 de Costo Compartido (Medicamentos de Marca)	\$0 de copago; o \$4.60 de copago; u \$11.20 de copago (según su nivel de ingresos/el nivel que usted reciba del programa Ayuda Adicional)	\$0 de copago; o \$4.60 de copago; u \$11.20 de copago (según su nivel de ingresos/el nivel que usted reciba del programa Ayuda Adicional)	\$0 de copago; o \$4.60 de copago; u \$11.20 de copago (según su nivel de ingresos/el nivel que usted reciba del programa Ayuda Adicional)	\$0 de copago; o \$4.60 de copago; u \$11.20 de copago (según su nivel de ingresos/el nivel que usted reciba del programa Ayuda Adicional)
Nivel 3 de Costo Compartido (Medicamentos Sin Receta/ Medicamentos que No Son de la Parte D)	\$0	\$0	\$0	\$0

Para obtener información sobre qué farmacias pueden entregarle suministros a largo plazo, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** del plan.

Sección D Etapa 1: La Etapa de Cobertura Inicial

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte, que se llama **copago**. El copago depende del nivel de costo compartido al que esté asignado el medicamento y del lugar en que usted lo obtenga.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos que tienen el mismo copago. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está asignado a uno de 3 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el número del nivel, más alto será el copago. Para encontrar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, puede buscar en la Lista de Medicamentos.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Los medicamentos del Nivel 1 tienen el copago más bajo. Son medicamentos genéricos. El copago es de \$0 a \$4.50, según sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 2 tienen un copago más alto. Son medicamentos de marca. El copago es de \$0 a \$11.20, según sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 3 tienen un copago de \$0. Son Medicamentos Sin Receta o Medicamentos que No Son de la Parte D.

Sección D1 Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de que lo obtenga en:

- una farmacia de la red, o
- una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para saber cuándo lo haremos.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias, consulte el Capítulo 5 de esta guía y el **Directorio de Proveedores y Farmacias** del plan.

Sección D2 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5 o el **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Sección D3 Lo que usted paga

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, usted pagará un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el precio más bajo.

Puede comunicarse con Servicio al Cliente para saber de cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *un mes o a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de:



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.**

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 30 días	El servicio de pedidos por correo del plan Un suministro de un mes o de hasta 90 días	Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red Un suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Para obtener información detallada, consulte el Capítulo 5.
Nivel 1 de Costo Compartido (Medicamentos Genéricos)	\$0 de copago; o \$1.55 de copago; o \$4.50 de copago (según su nivel de ingresos/el nivel que usted reciba del programa Ayuda Adicional)	\$0 de copago; o \$1.55 de copago; o \$4.50 de copago (según su nivel de ingresos/el nivel que usted reciba del programa Ayuda Adicional)	\$0 de copago; o \$1.55 de copago; o \$4.50 de copago (según su nivel de ingresos/el nivel que usted reciba del programa Ayuda Adicional)	\$0 de copago; o \$1.55 de copago; o \$4.50 de copago (según su nivel de ingresos/el nivel que usted reciba del programa Ayuda Adicional)
Nivel 2 de Costo Compartido (Medicamentos de Marca)	\$0 de copago; o \$4.60 de copago; u \$11.20 de copago (según su nivel de ingresos/el nivel que usted reciba del programa Ayuda Adicional)	\$0 de copago; o \$4.60 de copago; u \$11.20 de copago (según su nivel de ingresos/el nivel que usted reciba del programa Ayuda Adicional)	\$0 de copago; o \$4.60 de copago; u \$11.20 de copago (según su nivel de ingresos/el nivel que usted reciba del programa Ayuda Adicional)	\$0 de copago; o \$4.60 de copago; u \$11.20 de copago (según su nivel de ingresos/el nivel que usted reciba del programa Ayuda Adicional)
Nivel 3 de Costo Compartido (Medicamentos Sin Receta/ Medicamentos que No Son de la Parte D)	\$0	\$0	\$0	\$0

Para obtener información sobre qué farmacias pueden entregarle suministros a largo plazo, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** del plan.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección D4 Fin de la Etapa de Cobertura Inicial

La Etapa de Cobertura Inicial termina cuando el total de gastos de su bolsillo alcance los \$8,000. A partir de ese momento, comienza la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

Sus informes de **Explicación de Beneficios** le ayudarán a llevar un registro de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Si alcanza el límite de \$8,000, le avisaremos. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

Sección E Etapa 2: La Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores

Cuando alcance el límite de gastos de su bolsillo de \$8,000 para sus medicamentos con receta, comenzará la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Usted permanecerá en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos de Medicare.

Sección F Los costos de sus medicamentos si su médico le receta menos de un suministro de un mes completo

Por lo general, usted paga un copago para cubrir un suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle menos de un suministro de un mes de medicamentos.

- Puede haber ocasiones en las que usted desee pedirle a su médico que le recete menos de un suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, si va a probar un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves).
- Si su médico está de acuerdo con esto, usted no tendrá que pagar el suministro de un mes completo por ciertos medicamentos.

Cuando obtenga menos que un suministro de un mes de un medicamento, lo que usted pague se basará en el número de días de suministro del medicamento que obtenga. Calcularemos lo que usted paga por cada día de medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por el número de días del medicamento que obtenga.

- Por ejemplo: Supongamos que el copago por un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) de su medicamento es de \$1.55. Esto significa que lo que usted paga por su medicamento es menos de \$0.05 por día. Si obtiene un suministro de 7 días del medicamento, su pago será de menos de \$0.05 por cada día multiplicado por 7 días, con un pago total de menos de \$0.35.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le surta efecto antes de tener que pagar un suministro de un mes completo.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete menos de un suministro de un mes completo de un medicamento, si esto le ayudará a:
 - planificar mejor cuándo resurtir sus medicamentos,
 - coordinar los resurtidos con otros medicamentos que toma, **y**
 - hacer menos viajes a la farmacia

Sección G Vacunas

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Usted puede encontrar estas vacunas en la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo para usted. Consulte la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare tiene dos partes:

1. La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
2. La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **aplicarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces, es posible que su médico le aplique la inyección de una vacuna.

Sección G1 Lo que debe saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que nos llame primero a Servicio al Cliente cada vez que planee recibir una vacuna.

- Podemos describirle la forma en que nuestro plan cubre las vacunas y explicarle la parte del costo que le corresponde a usted.
- Podemos informarle cómo mantener sus costos bajos mediante el uso de proveedores y farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son aquellas que han convenido trabajar con nuestro plan. Un **proveedor de la red** es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debería colaborar con UnitedHealthcare Connected® para asegurarse de que usted no tenga ningún costo por adelantado por una vacuna de la Parte D de Medicare.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección G2 Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D de Medicare

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para qué es la vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en vez de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo para usted. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Usted puede encontrar estas vacunas en la Lista de Medicamentos del plan. Es posible que tenga que pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), la vacuna no le costará nada a usted.

Las siguientes son tres formas habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia de la red y se la aplican allí mismo.
 - Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
2. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y su médico se la aplica.
 - Usted no pagará nada al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan pagará el costo de la aplicación de la vacuna.
 - En esta situación, el consultorio médico debe llamar a nuestro plan para que podamos asegurarnos de que sepan que usted no paga nada por la vacuna.
3. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que se la aplique.
 - Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
 - Por otras vacunas de la Parte D, usted pagará la vacuna en sí.
 - Nuestro plan pagará el costo de la aplicación de la vacuna.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Capítulo 7

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le explica cómo y cuándo enviarnos una factura para pedir un pago. También le explica cómo presentar una apelación si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos	154
Sección B	Cómo enviar una solicitud de pago	156
Sección C	Decisiones de cobertura	157
Sección D	Apelaciones	157



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan los medicamentos y servicios que usted ya haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si recibe una factura por el costo total del cuidado de la salud o los medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la página 18 del Capítulo 2.

- Si los servicios o los medicamentos están cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si los servicios o los medicamentos están cubiertos y usted ya pagó más que su parte del costo, tiene derecho a recibir un reembolso.
- Si los servicios o los medicamentos **no** están cubiertos, se lo informaremos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente. Si no sabe lo que debería haber pagado o si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudar. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario que pida a nuestro plan que le haga un reembolso o que pague una factura que usted recibió:

1. Cuando recibe cuidado de la salud de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor fuera de la red

Usted debería pedirle al proveedor que facture al plan.

- Si paga el total al momento de recibir el cuidado, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le pide un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si usted ya pagó más que su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan. Muestre su Tarjeta de ID de Miembro de UnitedHealthcare Connected® cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. La facturación indebida o inapropiada ocurre cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que el costo compartido del plan por los servicios. **Si recibe alguna factura, llame a Servicio al Cliente.**



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Dado que UnitedHealthcare Connected® paga el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.
- Si usted ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos el costo de sus servicios cubiertos.

3. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si usa una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total de su medicamento con receta.

- Es posible que cubramos las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red. Cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo, envíenos una copia de su recibo.
- Para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red, consulte el Capítulo 5.

4. Cuando paga el costo total de una receta porque no lleva consigo su Tarjeta de ID de Miembro

Si no lleva consigo su Tarjeta de ID de Miembro, puede pedir a la farmacia que llame al plan o que consulte su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su medicamento con receta.
- Cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo, envíenos una copia de su recibo.

5. Cuando paga el costo total de una receta de un medicamento que no está cubierto

Es posible que pague el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Puede suceder que el medicamento no esté en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** (Lista de Medicamentos) del plan o que tenga un requisito o una restricción que usted desconocía o que piensa que no se debería aplicar a su caso. Si usted decide obtenerlo, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.
 - Si no lo paga, pero piensa que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9).
 - Si usted y su médico u otro profesional que receta piensan que usted necesita el medicamento inmediatamente, pueden solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9).
- Cuando nos pida que le hagamos un reembolso, envíenos una copia de su recibo. En algunas situaciones, es posible que su médico u otro profesional que receta deba



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

proporcionarnos más información para que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento debería estar cubierto. A esto se le dice tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o del medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión.

Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Sección B Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos su factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que usted hizo o de un recibo del proveedor. **Es conveniente que haga una copia de su factura y de los recibos para su archivo personal.** Puede pedirle ayuda a su Coordinador de Servicios.

Para solicitar el pago y asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (**es.UHCCommunityPlan.com**) o llamar a Servicio al Cliente para pedirlo.

Envíenos por correo su solicitud de pago de medicamentos con receta o servicios para la salud del comportamiento junto con las facturas o los recibos que tenga a esta dirección:

Solicitudes de pago de medicamentos con receta:

OptumRx
P.O. Box 29045
Hot Springs, AR 71903

Usted debe presentarnos su reclamo de medicamentos con receta en un plazo no mayor de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Solicitudes de pago de servicios para la Salud del Comportamiento:

OptumHealth Behavioral Solutions
P.O. Box 30760
Salt Lake City, UT 84130

Para presentar solicitudes de pago de servicios médicos, llame a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes, y con gusto le ayudaremos.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección C Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si el plan cubre o no el cuidado de su salud o su medicamento. También decidiremos lo que usted tiene que pagar, si corresponde, por el cuidado de la salud o el medicamento.

- Si necesitamos que nos proporcione más información, le avisaremos.
- Si decidimos que el cuidado de la salud o el medicamento está cubierto, y usted siguió todas las reglas para recibirlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos un cheque por correo por nuestra parte del costo. Si usted aún no pagó el servicio o el medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

El Capítulo 3 explica las reglas para que sus servicios estén cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas para que sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare estén cubiertos.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o del medicamento, le enviaremos una carta para explicarle nuestra decisión. La carta también explicará sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

Sección D Apelaciones

Si cree que cometimos un error al denegar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le dice presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con lo que pagamos.

El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.

- Si desea presentar una apelación relacionada con el reembolso del costo de un servicio para el cuidado de la salud, consulte la página 191 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación relacionada con el reembolso del costo de un medicamento, consulte la página 208 del Capítulo 9.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro del plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	160
Sección B	Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	161
Sección C	Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)	163
	Sección C1 Cómo protegemos su información de salud personal.....	163
	Sección C2 Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos.....	163
Sección D	Nuestra responsabilidad de proporcionarle información sobre el plan, los proveedores de la red y sus servicios cubiertos	172
Sección E	Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted	173
Sección F	Su derecho a dejar el plan.....	173
Sección G	Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud	173
	Sección G1 Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.....	173
	Sección G2 Su derecho a decir lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo.....	174
	Sección G3 Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones.....	175
Sección H	Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado	175



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección H1	Qué puede hacer si cree que le están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos.	175
Sección I	Sus responsabilidades como miembro del plan	176



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que todos los servicios se le presten de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Cada año que usted esté inscrito en nuestro plan, debemos informarle sus derechos.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame a Servicio al Cliente. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además de inglés y en formatos como en letra grande, braille o en audio. Contamos con materiales escritos en español. Podemos proporcionarle información en otros idiomas si lo pide. También podemos proporcionarle información en braille o en letra grande. Puede llamar a Servicio al Cliente y pedirnos que anotemos en nuestro sistema que desea recibir los materiales en español, en letra grande, braille o en audio a partir de ahora.

Si está teniendo dificultades para obtener información de parte de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad, y desea presentar una queja, llame:

- A Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- A Medicaid al **1-800-252-5263** o al **211**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-735-2989** o al **711**.
- También puede comunicarse con la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos al **1-877-787-8999** o con el Ombudsman de Atención a Largo Plazo de Texas al **1-800-252-2412**.
- A la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019** o al TTY **1-800-537-7697**.

Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure that all services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about the plan's benefits, your health and treatment options, and your rights in a way that you can understand. We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than Spanish and in other formats such as large print, braille, or audio. We have written materials available in English. We can provide



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

information in other languages if you ask. We can also give you information in braille or large print. You can call the Member Services and ask us to make a note in our system that you would like materials in English, large print, braille, or audio now and in the future.

- If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call **1-877-486-2048**. You can also contact the HHSC Office of the Ombudsman at **1-877-787-8999** or the Texas Long-Term Care Ombudsman at **1-800-252-2412**. Office of Civil Rights at **1-800-368-1019** or TTY **1-800-537-7697**.

Sección B **Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos**

Como miembro de nuestro plan:

- Usted tiene derecho a una oportunidad razonable de elegir un plan de salud y un proveedor de cuidado primario (PCP) dentro de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.
- Un proveedor de cuidado primario es el médico o el proveedor de cuidado de la salud que usted usará la mayor parte del tiempo y que coordinará su cuidado. Puede encontrar más información sobre cómo elegir un proveedor de cuidado primario en el Capítulo 3.
- Los miembros tienen derecho a ser tratados con respeto y con dignidad, y tienen derecho a la privacidad.
- Los miembros tienen derecho a mantener conversaciones sinceras sobre las opciones de tratamiento para sus condiciones, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
- Los miembros tienen derecho a hacer recomendaciones con respecto a la norma de la organización sobre los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Los miembros tienen la responsabilidad de suministrar la información necesaria a la organización, los médicos y los proveedores, para que se proporcione el cuidado.
- Los miembros tienen la responsabilidad de comprender sus problemas de salud y participar en metas de tratamiento mutuamente acordadas.
 - Llame a Servicio al Cliente o consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para saber más sobre los proveedores de la red y sobre qué médicos están aceptando nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a cambiar de plan o de proveedor de una manera razonablemente fácil. Esto incluye el derecho a:



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Que se le informe cómo elegir y cambiar su plan de salud y su proveedor de cuidado primario.
- Elegir cualquier plan de salud que desee y esté disponible en su área, y elegir su proveedor de cuidado primario dentro de ese plan.
- Que se le informe la frecuencia con la que puede cambiar de plan.
- Que se le informe sobre otros planes disponibles en su área.
- No le exigimos que obtenga referencias para consultar a proveedores de la red.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un plazo razonable. Si no puede recibir servicios dentro de un plazo razonable, debemos pagar el cuidado fuera de la red.
 - Esto incluye el derecho a recibir los servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede recibir servicios dentro de un plazo razonable, debemos pagar el cuidado fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir servicios para emergencias o cuidado requerido de urgencia sin una preaprobación (PA).
- Usted tiene derecho a que le surtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.
- Usted tiene derecho a aceptar o rechazar un tratamiento, y a participar activamente en las decisiones de tratamiento. Esto incluye el derecho a:
 - Colaborar como parte de un equipo con su proveedor para decidir cuál es el mejor cuidado de la salud para usted.
 - Aceptar o rechazar el cuidado recomendado por su proveedor.
- Usted tiene derecho a tener acceso oportuno al cuidado, sin barreras de comunicación ni de acceso físico. Esto incluye el derecho a:
 - Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir el cuidado de urgencia o de emergencia que usted necesite.
 - Recibir cuidado médico oportunamente.
 - Tener libre acceso al consultorio de un proveedor de cuidado de la salud. Esto incluye el acceso sin barreras para las personas con discapacidades u otras condiciones que limiten su movilidad, según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades.
 - Contar con intérpretes, si es necesario, durante las citas con sus proveedores y cuando hable con su plan de salud. Los intérpretes incluyen a las personas que pueden hablar en su lengua materna, ayudar a alguien que tiene una discapacidad o ayudarlo a comprender la información.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Obtener información que usted pueda comprender sobre las reglas de su plan de salud, incluso sobre los servicios para el cuidado de la salud que usted puede recibir y sobre cómo recibirlos.

El Capítulo 9 explica lo que puede hacer si usted cree que no está recibiendo sus servicios o sus medicamentos dentro de un plazo razonable. El Capítulo 9 también explica lo que puede hacer si hemos denegado la cobertura de sus servicios o sus medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Sección C Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)

Protegemos su información de salud personal (PHI) según lo exigen las leyes federales y estatales.

- Su información de salud personal incluye los datos que nos dio cuando se inscribió en este plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se usa su información de salud personal. Le entregamos un aviso por escrito que le explica estos derechos. El aviso se llama “Aviso de Prácticas de Privacidad”. El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud personal.

Sección C1 Cómo protegemos su información de salud personal

- Nos aseguramos de que sus registros no sean vistos ni modificados por ninguna persona sin autorización.
- Excepto en los casos que se indican a continuación, no le damos su información de salud personal a nadie que no le proporcione o pague su cuidado. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Este permiso por escrito puede otorgarlo usted o alguien que tenga el poder legal para tomar decisiones por usted.
- Hay ciertos casos en los que no se nos exige que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Se nos exige que divulguemos información de salud personal a las agencias del gobierno que verifican nuestra calidad del cuidado.
 - Se nos exige que entreguemos a Medicare su información de salud personal. Si Medicare divulga su información de salud personal con fines de investigación o para otros usos, esto se hará según las leyes federales. También se nos exige que compartamos sus registros médicos con Texas Medicaid.

Sección C2 Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos

- Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide esto, colaboraremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.
- Usted tiene derecho a saber si su información de salud personal se ha compartido con terceros y de qué manera se ha hecho.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE USAR Y DIVULGAR, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2024

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

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir su información de salud con terceros.
- Qué derechos tiene usted para su información de salud.

Por ley, debemos cumplir las condiciones de nuestro aviso actual.

La información de salud es información sobre su salud o sus servicios médicos. Tenemos derecho a hacer cambios en este aviso de prácticas de privacidad. Si hacemos cambios importantes, se lo notificaremos por correo o por correo electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Todo cambio que hagamos en el aviso se aplicará a toda la información de salud que tenemos. Le notificaremos si ocurre una violación de su información de salud.

Cómo Recopilamos, Usamos y Compartimos Su Información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con:

- Usted o su representante legal o personal.
- Ciertas agencias del gobierno. Para verificar y asegurarnos de estar cumpliendo las leyes de privacidad.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud con ciertos fines. Esto puede ser para su tratamiento, para pagar su cuidado o para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Para Procesamiento de Pagos.** Para procesar pagos y pagar reclamos. Por ejemplo, podemos informar a un médico si pagaremos ciertos procedimientos médicos y el porcentaje de la factura que se podría cubrir.
- **Para Tratamientos o la Administración del Cuidado.** Para ayudarle con su cuidado. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con un hospital en el que usted se encuentre para ayudarles a proporcionarle cuidado médico.
- **Para Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud.** Para llevar adelante nuestra actividad comercial. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para informarle sobre un programa especial de bienestar o para el manejo de enfermedades disponible para usted. Podemos analizar datos para mejorar nuestros servicios.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Para Informarle sobre Programas o Productos de Salud.** Podemos comunicarle sobre otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar restringidas por la ley.
- **Para los Patrocinadores del Plan.** Si recibe el seguro de salud a través de su empleador, podemos proporcionarle información sobre su inscripción y sobre la cancelación de su inscripción, y un resumen de información de salud a su empleador. También podemos compartir con su empleador información de salud adicional si el empleador limita su uso como corresponde.
- **Para Fines de Suscripción.** Para tomar decisiones de suscripción del seguro de salud. No usaremos su información genética con fines de suscripción.
- **Para Recordatorios de Beneficios o Cuidado.** Podemos enviarle recordatorios de sus citas e información sobre sus beneficios de salud.
- **Para Enviarle Comunicaciones.** Podemos comunicarnos con usted sobre los pagos, el cuidado de la salud y los beneficios de su seguro de salud.

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Según lo Exija la Ley.** Para cumplir las leyes que se nos aplican.
- **A las Personas Involucradas en Su Cuidado.** Un familiar u otra persona que le ayuda con su cuidado médico o paga su cuidado. También podría ser un familiar en una situación de emergencia. Por ejemplo, en el caso de que usted no pueda decirnos si podemos compartir o no su información de salud. Si no puede decirnos lo que desea, aplicaremos nuestro mejor criterio. Si está permitido, después de su fallecimiento, podemos compartir su información de salud con los familiares o amigos que ayudaron con su cuidado o pagaron su cuidado.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Por ejemplo, para prevenir la propagación de enfermedades o informar problemas con productos o medicamentos.
- **Para Denunciar Abuso, Maltrato, Negligencia o Violencia Intrafamiliar.** Podemos compartir la información de salud solo con ciertas entidades autorizadas por ley a obtenerla. Estas entidades pueden ser agencias de servicios sociales o de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia permitida por la ley para obtener la información de salud. Por ejemplo, para la concesión de licencias, para auditorías y para investigaciones de abuso y fraude.
- **Para Responder a una Orden Judicial o una Citación Legal,** por ejemplo, para responder a una orden judicial o una citación legal.
- **Para Cumplir la Ley.** Para encontrar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.**

- **Por Amenazas contra la Salud o la Seguridad.** A agencias de salud pública o responsables de hacer cumplir la ley, por ejemplo, en una situación de emergencia o catástrofe.
- **Para Funciones del Gobierno.** Para uso militar o de veteranos, por seguridad nacional o para ciertos servicios de protección.
- **Para el Seguro de Accidentes Laborales.** Si se lesionó en el trabajo o para cumplir las leyes laborales.
- **Para Investigación.** Por ejemplo, para estudiar una enfermedad o condición médica. También podemos usar información de salud para ayudar a preparar un estudio de investigación.
- **Para Proporcionar Información sobre Personas Fallecidas.** Por ejemplo, a un médico forense o legista, que puede ayudar a identificar a la persona fallecida, a saber por qué murió o a cumplir ciertas leyes. También podemos compartir información de salud con los directores de funerarias.
- **Para el Trasplante de Órganos.** Por ejemplo, para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, córneas o tejidos.
- **A Instituciones Correccionales u Organismos Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para personas en custodia, por ejemplo: (1) para proporcionar cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y la salud de los demás; y (3) para la seguridad de la institución.
- **A Nuestros Socios Comerciales.** Para prestarle servicios, si es necesario. Son compañías que nos prestan servicios y se comprometen a proteger su información de salud.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más la manera en que podemos usar la información de salud que se indica a continuación. Cumpliremos las leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Trastornos por consumo de sustancias y de alcohol
 2. Información biométrica
 3. Abuso, maltrato o negligencia de menores o adultos, incluso el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Recetas
 10. Salud reproductiva



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos o compartiremos su información de salud según lo descrito en este aviso o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir notas sobre su psicoterapia, excepto en ciertos casos permitidos por la ley. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información de salud a otras personas y para usar su información de salud en cierta correspondencia de marketing. Si nos da su consentimiento, puede retirarlo. Para saber cómo hacerlo, llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID del seguro de salud.

Sus Derechos

Usted tiene los siguientes derechos para su información médica.

- **A pedirnos que limitemos** nuestro uso o divulgación para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a familiares u otras personas que ayudan con su cuidado o que pagan su cuidado. Podemos permitir a sus dependientes que soliciten límites. **Trataremos de conceder su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.** Su solicitud para que limitemos nuestro uso o divulgación se debe presentar por escrito.
- **A pedir recibir comunicaciones confidenciales** de una manera o en un lugar diferente. Por ejemplo, en una casilla postal, en lugar de en su domicilio. Concederemos su solicitud según lo permitido por la ley estatal y federal. Aceptamos solicitudes verbales, pero podemos pedirle que confirme su solicitud por escrito. Usted puede cambiar su solicitud. Debe hacerlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación.
- **A consultar u obtener una copia** de cierta información de salud. Debe pedirlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, usted puede solicitar una copia electrónica. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar que se revise la denegación.
- **A solicitar que se enmiende.** Si le parece que su información de salud es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se la modifique. Debe pedirlo por escrito. Debe indicar las razones del cambio. Responderemos a su solicitud en el plazo en que debemos hacerlo conforme a la ley. Envíe esta solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, usted puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- **A recibir un informe** de cuándo compartimos su información de salud en los seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá cuándo compartimos información de salud por los siguientes motivos. (i) Para tratamientos, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

correccionales u organismos responsables de hacer cumplir la ley. Tampoco indicará las divulgaciones de información de las que la ley federal no nos exige realizar un seguimiento.

- **A obtener una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web.
- **En ciertos estados, usted puede tener derecho a pedir que borremos** su información de salud. Según el lugar en donde usted viva, es posible que pueda pedirnos que borremos su información de salud. Responderemos a su solicitud en el plazo en que debemos hacerlo conforme a la ley. Si no podemos hacerlo, le avisaremos. En ese caso, usted puede escribirnos para indicarnos por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo Ejercer Sus Derechos

- **A Comunicarse con su Plan de Salud.** Si tiene preguntas sobre este aviso o si desea hacer valer sus derechos, **llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.** O puede comunicarse con el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-842-4968** o al TTY/RTT **711**.
- **A Presentar una Solicitud por Escrito.** Envíela por correo a:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300
PO Box 1459
Minneapolis MN 55440
- **A Presentar una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja a la dirección indicada anteriormente.

También puede notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

¹ Este Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información Médica se aplica a los planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2>.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. Léalo detenidamente.

En vigencia desde el 1 de enero de 2024

Protegemos² su “información financiera (financial information, “FI”) personal”. La información financiera no es información de salud. La información financiera le identifica y generalmente no es de dominio público.

Información que Recopilamos

- Obtenemos información financiera de sus solicitudes o formularios. Por ejemplo, su nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera de sus transacciones con nosotros o con terceros. Puede incluir datos del pago de primas.

Cómo Compartimos Su Información Financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

Podemos compartir su información financiera para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos compartir su información financiera con nuestras compañías afiliadas. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera para procesar transacciones.
- Podemos compartir su información financiera para mantener sus cuentas.
- Podemos compartir su información financiera para responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Podemos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de marketing.

Confidencialidad y Seguridad

Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información financiera. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información financiera.

Preguntas sobre Este Aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud o comuníquese con el Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al **1-866-842-4968** o al TTY/RTT **711**.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

² A efectos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” hacen referencia a los planes de salud afiliados a UnitedHealth Group, y a las siguientes compañías afiliadas de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of NJ, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Holdings, Inc.; Level2 Health Management, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Health Care Solutions, Inc.; Optum Health Networks, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; y USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solamente se aplica donde lo exige la ley. En particular, no se aplica a (1) los productos de seguros de cuidado de la salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; ni a (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados en los que hay excepciones. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2>.

© 2024 United HealthCare Services, Inc.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[es.UHCCommunityPlan.com](https://uhc.com/es/uhccommunityplan)**.

Sección D Nuestra responsabilidad de proporcionarle información sobre el plan, los proveedores de la red y sus servicios cubiertos

Como miembro de UnitedHealthcare Connected®, usted tiene derecho a obtener información de nuestra parte. Si no habla inglés, tenemos servicios gratuitos de interpretación para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Este servicio es gratuito. Contamos con materiales escritos en español. Podemos proporcionarle información en otros idiomas si lo pide. También podemos proporcionarle información en letra grande, braille o en audio.

Si usted desea obtener información sobre algo de lo siguiente, llame a Servicio al Cliente:

- **Cómo elegir o cambiar un plan**
- **Nuestro plan, incluido lo siguiente:**
 - Información financiera
 - Cómo han calificado al plan los miembros
 - El número de apelaciones presentadas por los miembros
 - Cómo dejar el plan
- **Los proveedores y las farmacias de nuestra red, incluido lo siguiente:**
 - Cómo elegir o cambiar un proveedor de cuidado primario
 - Títulos académicos y habilitaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - Cómo pagamos a los proveedores dentro de nuestra red
- Una lista de los proveedores y las farmacias dentro de la red del plan, en el **Directorio de Proveedores y Farmacias**. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o nuestras farmacias, llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio web en **es.UHCCommunityPlan.com**.
- **Los servicios (consulte los Capítulos 3 y 4) y medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6) cubiertos, así como las reglas que usted debe seguir, que incluyen:**
 - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan
 - Límites en su cobertura y sus medicamentos
 - Reglas que usted debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos
- **Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto (consulte el Capítulo 9), lo que incluye pedirnos que:**
 - Pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
 - Cambiemos una decisión que tomamos
 - Paguemos una factura que usted recibió



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección E Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores dentro de nuestra red no pueden hacerle pagar servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si nosotros les pagamos a los proveedores menos de lo que nos cobraron. Para saber qué puede hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7.

Sección F Su derecho a dejar el plan

Nadie puede obligarle a quedarse en nuestro plan si usted no lo desea. Puede dejar el plan en cualquier momento del año.

- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios para el cuidado de la salud a través de Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos con receta o de un plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10 para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos con receta o Medicare Advantage.
- Tendrá que comunicarse con MAXIMUS para que le expliquen cómo recibir sus servicios de Texas Medicaid.

Sección G Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud

Sección G1 Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud. Sus proveedores deben explicarle su condición y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene el derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que le informen sobre todas las clases de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado. Se le debe informar por anticipado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a usar otro médico antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **“Negarse”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si se niega a recibir un tratamiento o si deja de tomar un medicamento, no le darán de baja del plan. Sin embargo, si se niega a recibir un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume plena responsabilidad de lo que le suceda.
- **Pedirnos una explicación de por qué un proveedor se negó a atenderle.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le denegó el cuidado que usted piensa que debería recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o un medicamento que se le denegó o que generalmente no está cubierto.** A esto se le llama decisión de cobertura. El Capítulo 9 indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Sección G2 Su derecho a decir lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas. Antes de que le ocurra esto, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para **otorgarle a otra persona el derecho de tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por usted.**
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo del cuidado de su salud si en algún momento usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que usted puede usar para dar las instrucciones se llama **instrucciones por anticipado**. Hay diferentes tipos de instrucciones por anticipado y tienen distintos nombres. Por ejemplo, hay un **testamento vital** y un **poder legal para el cuidado de la salud**.

Usted no está obligado a usar instrucciones por anticipado, pero puede hacerlo si lo desea. Debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede pedirle un formulario a su médico, a un abogado, a una agencia de servicios legales o a un trabajador social. Las organizaciones que proporcionan información a las personas sobre Medicare o Texas Medicaid, como el Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas, también pueden tener formularios de instrucciones por anticipado.
- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado le ayude a llenarlo.
- **Entregue copias a las personas que deban tener conocimiento sobre el documento.** Debería entregarle una copia del formulario a su médico. También debería darle una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. Además, sería conveniente



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

que distribuya copias a sus amigos íntimos o a sus familiares. Guarde una copia en su domicilio.

- Si usted será hospitalizado y ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado, **lleve una copia con usted al hospital.**

En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado y si lo tiene con usted.

Si no ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su decisión llenar o no un formulario de instrucciones por anticipado.

Sección G3 Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó un formulario de instrucciones por anticipado y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones del formulario, usted puede presentar una queja ante la agencia adecuada que corresponde a su estado, por ejemplo, el Departamento de Salud de su Estado. Consulte la Sección E del Capítulo 2 para obtener la información de contacto de la agencia que corresponde a su estado.

Sección H Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado

El Capítulo 9 explica lo que usted puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre su cuidado o sus servicios cubiertos. Por ejemplo, podría solicitarnos una decisión de cobertura, presentar una apelación ante nosotros para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. También tiene derecho a una audiencia imparcial del estado en cualquier momento.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros presentaron contra nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicio al Cliente.

Usted tiene derecho a recibir una respuesta oportuna a una queja.

Sección H1 Qué puede hacer si cree que le están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos.

Si usted cree que ha sido tratado injustamente — y **no** es un asunto de discriminación por los motivos que se indican en el Capítulo 11 — o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede recibir ayuda si llama a:

- A Servicio al Cliente.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP). **En Texas, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas. Para obtener información detallada sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2.**
- A Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY **1-877-486-2048**. (También puede leer o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones en Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en [es.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](https://www.es.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)

Sección I Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Leer esta Guía para Miembros** para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener información detallada sobre sus:
 - Servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. Estos capítulos explican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y lo que usted paga.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos con receta que tenga.** Se nos exige que nos aseguremos de que usted esté usando todas sus opciones de cobertura cuando recibe cuidado de la salud. Si usted tiene otra cobertura, llame a Servicio al Cliente.
- **Informar a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su Tarjeta de ID de Miembro cada vez que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud a proporcionarle el mejor cuidado.**
 - Deles la información que necesiten sobre usted y sobre su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y sus proveedores acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan todos los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta, vuelva a preguntar.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://www.es.UHCCommunityPlan.com).

- **Ser considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores. Esperamos que asista a sus citas programadas y que las cancele con anticipación cuando no pueda asistir.
- **Pagar lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de UnitedHealthcare Connected®, Texas Medicaid paga la prima de la Parte A y la prima de la Parte B.
 - Para algunos de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al momento de obtener el medicamento. Esto será un copago (una cantidad fija). El Capítulo 6 indica lo que usted debe pagar por sus medicamentos.
- **Avisarnos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise inmediatamente. Llame a Servicio al Cliente.
 - **Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan.** Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener UnitedHealthcare Connected®. El Capítulo 1 explica nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a determinar si usted se muda fuera de nuestra área de servicio. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - Además, asegúrese de informar su nueva dirección a Medicare y a Texas Medicaid cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 para ver los números de teléfono de Medicare y de Texas Medicaid.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- Llamar a Servicio al Cliente para recibir ayuda si tiene preguntas o inquietudes.
- Usted debe acatar las normas y los procedimientos del plan de salud. Esto incluye la responsabilidad de:
 - Asegurarse de tener la aprobación de su proveedor de cuidado primario antes de consultar a un especialista.
- Usted debe compartir la información sobre su salud con su proveedor de cuidado primario y saber las opciones de servicios y tratamientos. Esto incluye la responsabilidad de:
 - Ayudar a sus proveedores a obtener sus registros médicos.
 - Trabajar en equipo con su Coordinador de Servicios para decidir cuál es el mejor cuidado de la salud para usted.
- Usted es responsable cuando usa los Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia (NEMT).



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Esto incluye la responsabilidad de:

- Proporcionar la información solicitada por la persona que coordina o verifica su transporte. (Usted también debe comunicarse con la persona lo antes posible si hay algún cambio o si usted ya no necesita el Servicio de Transporte Médico que No Es de Emergencia.)
- Seguir todas las reglas y normas que afecten a sus Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia.
- Ser respetuoso. (No cometer ningún tipo de maltrato o abuso físico, sexual o verbal mientras solicita o recibe Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia.)
- Devolver los fondos anticipados no utilizados. (Presentar un comprobante de que usted asistió a su cita médica antes de recibir fondos futuros por adelantado.)
- Guardar los boletos o pases de autobús de forma segura. (No los pierda. Solamente use los boletos o pases de autobús para asistir a su cita médica, y devuelva los que no use.)
- Usar los Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia únicamente para viajar hacia y desde sus citas médicas.
- Comunicarse con la línea de Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia inmediatamente al **1-866-427-6607**, TTY **1-866-288-3133**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes, si pierde sus boletos o si se los roban.
- Si cree que le han tratado injustamente o le han discriminado, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS) de los Estados Unidos al número gratuito **1-800-368-1019**. También puede ver información concerniente a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en Internet en **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Capítulo 9

Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber lo que puede hacer si:

- Tiene un problema con su plan o una queja sobre este.
- Necesita un servicio, un artículo o un medicamento que su plan le ha dicho que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan ha tomado sobre su cuidado.
- Cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

Si tiene un problema o una inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando.

Si tiene un problema con sus apoyos y servicios a largo plazo o de salud

Usted debería recibir el cuidado de la salud, los medicamentos y los apoyos y servicios a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su cuidado como parte de su Plan de Cuidado. **Si tiene un problema con su cuidado, puede llamar a la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos al 1-866-566-8989 para pedir ayuda.** Este capítulo explica las opciones que usted tiene para diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar a la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos para que le orienten con su problema.

Si desea ver recursos adicionales para tratar sus inquietudes y las maneras de comunicarse con ellos, consulte la Sección I del Capítulo 2, donde encontrará más información sobre los programas del ombudsman.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Si tiene un problema con sus apoyos y servicios a largo plazo o de salud		179
Sección A	Qué puede hacer si tiene un problema	183
Sección A1	Información sobre los términos legales	183
Sección B	Dónde llamar para pedir ayuda	183
Sección B1	Dónde obtener más información y ayuda	183
Sección C	Problemas con sus beneficios	184
Sección C1	Cómo usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones, o para presentar una queja.....	184
Sección D	Decisiones de cobertura y apelaciones	185
Sección D1	Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones	185
Sección D2	Cómo recibir ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones	185
Sección D3	Cómo usar la sección de este capítulo que le ayudará	186
Sección E	Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D)	188
Sección E1	Cuándo puede usar esta sección	188
Sección E2	Cómo solicitar una decisión de cobertura	189
Sección E3	Apelación de Nivel 1 relacionada con servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D)	191
Sección E4	Apelación de Nivel 2 relacionada con servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D)	195
Sección E5	Problemas de pago.....	200
Sección F	Medicamentos de la Parte D	201
Sección F1	Qué puede hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D.....	201



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección F2	Qué es una excepción	203
Sección F3	Información importante sobre la solicitud de excepciones.....	204
Sección F4	Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o el reembolso del costo de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción	205
Sección F5	Apelación de Nivel 1 relacionada con medicamentos de la Parte D	208
Sección F6	Apelación de Nivel 2 relacionada con medicamentos de la Parte D	210
Sección G	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada.....	212
Sección G1	Cómo se enterará de sus derechos de Medicare	212
Sección G2	Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital ...	213
Sección G3	Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital ...	215
Sección G4	¿Qué sucede si se le pasa el plazo de una apelación?	216
Sección H	Qué puede hacer si piensa que su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado de enfermería especializada o sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto	218
Sección H1	Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura.....	219
Sección H2	Apelación de Nivel 1 para continuar con su cuidado	219
Sección H3	Apelación de Nivel 2 para continuar con su cuidado	221
Sección H4	Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1	222
Sección I	Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	224
Sección I1	Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare	224
Sección I2	Próximos pasos para servicios y artículos de Medicaid	225
Sección J	Cómo presentar una queja.....	225
Sección J1	Para qué tipos de problemas se deben usar las quejas.....	225



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección J2	Quejas internas.....	227
Sección J3	Quejas externas.....	228



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A **Qué puede hacer si tiene un problema**

Este capítulo le informa lo que puede hacer si tiene un problema con su plan, con sus servicios o sus pagos. Medicare y Texas Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.

Sección A1 **Información sobre los términos legales**

Algunas de las reglas y los plazos de este capítulo incluyen términos legales difíciles. Dado que muchos de estos términos pueden ser difíciles de comprender, hemos usado palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. También usamos la menor cantidad de siglas posible.

Por ejemplo, diremos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación en riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación rápida”

Conocer los términos legales correctos puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por eso también se los proporcionamos.

Sección B **Dónde llamar para pedir ayuda**

Sección B1 **Dónde obtener más información y ayuda**

A veces, puede ser complicado iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, puede suceder que usted no tenga el conocimiento necesario para dar el próximo paso.

Usted puede recibir ayuda de la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos

Si necesita ayuda, siempre puede llamar a la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos. La Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos puede responder sus preguntas y explicarle qué hacer para resolver su problema. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas del ombudsman.

La Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Puede explicarle qué proceso usar. El número de teléfono de la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos es el **1-866-566-8989**. Los servicios son gratuitos.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Usted puede recibir ayuda del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP). Los asesores de dicho programa pueden responder sus preguntas y explicarle qué hacer para resolver su problema. El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Este programa cuenta con asesores capacitados en cada estado, y los servicios son gratuitos. En Texas, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP). El número de teléfono de dicho programa es el **1-800-252-3439** y su sitio web es **tdi.texas.gov/consumer/hicap/**.

Cómo recibir ayuda de Medicare

Puede llamar directamente a Medicare para pedir ayuda si tiene problemas. A continuación, encontrará dos maneras de recibir ayuda de Medicare:

- Llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.
- Visitar el sitio web de Medicare (**es.medicare.gov**).

Cómo recibir ayuda de Texas Medicaid

Puede llamar directamente a Texas Medicaid para pedir ayuda si tiene problemas. A continuación, encontrará dos maneras de recibir ayuda de Texas Medicaid:

- Llamar al **1-512-424-6500** o al **2-1-1**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-512-424-6597**. La llamada es gratuita.
- Visitar el sitio web de Texas Medicaid (**hhs.texas.gov/es/quienes-somos/contactenos**).

Sección C Problemas con sus beneficios

Sección C1 Cómo usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones, o para presentar una queja

Si tiene un problema o una inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La tabla a continuación le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para sus problemas o sus quejas.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si el cuidado médico en particular [artículos o servicios médicos, y/o medicamentos con receta de la Parte B] tiene cobertura o no, y la manera en que está cubierto, así como los problemas relacionados con el pago del cuidado médico.)

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.	No. Mi problema no es sobre beneficios ni cobertura.
Consulte la Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 185.	Pase a la Sección J: “Cómo presentar una queja” en la página 225.

Sección D Decisiones de cobertura y apelaciones

Sección D1 Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago).

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura, o con lo que pagaremos por sus servicios o artículos médicos, o sus medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que tiene cobertura para usted y lo que pagamos nosotros.

Si usted o su médico no están seguros de que un servicio, un artículo o un medicamento esté cubierto por Medicare o por Texas Medicaid, cualquiera de ustedes puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico se lo dé.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos nuestra decisión si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, un artículo o un medicamento que usted desea no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare ni por Texas Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.

Sección D2 Cómo recibir ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

¿A quién puedo llamar para que me ayude a solicitar decisiones de cobertura o a presentar una apelación?

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Llame a **Servicio al Cliente** al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.
- Llame a la **Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos** para recibir ayuda gratuita. La Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. El número de teléfono es el **1-866-566-8989**.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)** para recibir ayuda de forma gratuita. El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es una organización independiente. No tiene relación con este plan. En Texas, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP). El número de teléfono es el **1-800-252-3439**.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en nombre de usted.
- Hable con un **amigo o un familiar**, y pídale que actúe por usted. Puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente y pida el formulario de “Nombramiento de un Representante”.
 - También puede obtener el formulario en **cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf**. El formulario autoriza a esa persona a actuar por usted. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a pedirle a un abogado que actúe por usted.** Puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado en el colegio de abogados local o en otro servicio de referencias. Algunas asociaciones legales le prestarán servicios legales gratuitos si usted califica. Si desea que un abogado le represente, deberá llenar el formulario de Nombramiento de un Representante.
 - Sin embargo, **no está obligado a tener un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura ni para presentar una apelación.

Sección D3 Cómo usar la sección de este capítulo que le ayudará

Hay cuatro tipos de situaciones distintas que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Separamos este capítulo en distintas secciones para ayudarle a encontrar las reglas que usted debe seguir. **Solamente debe leer la sección que se aplica a su problema:**

- La **Sección E** en la página 188 proporciona información si usted tiene problemas con servicios,



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

artículos y medicamentos (pero **no** medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:

- No recibe cierto cuidado médico que desea y cree que nuestro plan cubre ese cuidado.
- No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico desea darle, y usted cree que ese cuidado debería estar cubierto.
 - **NOTA:** Solamente use la Sección E si son medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la **Lista de Medicamentos Cubiertos**, también conocida como la Lista de Medicamentos, que tienen un asterisco (*) no están cubiertos por la Parte D. Para obtener información sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D, consulte la Sección F en la página 201.
- Usted recibió cuidado o servicios médicos que cree que deberían estar cubiertos, pero no pagamos ese cuidado.
- Usted recibió y pagó artículos o servicios médicos que creía que estaban cubiertos, y desea que el plan le reembolse el costo de estos.
- Le dicen que la cobertura del cuidado que ha estado recibiendo se reducirá o interrumpirá, y no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para cuidado hospitalario, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF), usted debe leer otra sección de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de cuidado. Consulte las Secciones G y H en las páginas 212 y 218.
 - Su solicitud de una decisión de cobertura podría ser desestimada. Esto significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de situaciones en las que podríamos desestimar su solicitud: si su solicitud está incompleta; si alguien la presenta por usted, pero no nos ha dado un comprobante que demuestre que usted aceptó permitir que lo hiciera; o si usted pide que se la retire. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explicará por qué y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión es un proceso formal llamado apelación.
- La **Sección F en la página 201** le proporciona información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
 - Desea pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.
 - Desea pedirnos que anulemos los límites en la cantidad del medicamento que usted puede obtener.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Desea pedirnos que cubramos un medicamento que requiere una preaprobación (PA) o aprobación.
- No aprobamos su solicitud o excepción, y usted o su médico u otro profesional que receta creen que deberíamos haberlo hecho.
- Desea pedirnos que paguemos un medicamento con receta que usted ya compró. (Esta es una solicitud de una decisión de cobertura relacionada con un pago.)
- La **Sección G en la página 212** le proporciona información sobre cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted piensa que el médico le dará de alta demasiado pronto. Use esta sección si:
 - Está en el hospital y cree que el médico le pidió que deje el hospital demasiado pronto.
- La **Sección H en la página 218** le proporciona información si usted cree que su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada y sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Si necesita otra ayuda o información, llame a la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos al **1-866-566-8989**.

Sección E Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D)

Sección E1 Cuándo puede usar esta sección

Esta sección trata sobre lo que usted puede hacer si tiene problemas con sus beneficios por los servicios médicos, para la salud del comportamiento y para el cuidado a largo plazo. También puede usar esta sección si tiene problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos de la Lista de Medicamentos que tienen un asterisco (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Para obtener información sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D, use la Sección F.

Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted cree que cubrimos un servicio médico, para la salud del comportamiento o para el cuidado a largo plazo que necesita, pero que no está recibiendo.

Lo que puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página 189 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

2. No aprobamos el cuidado que su médico desea proporcionarle, y usted cree que deberíamos haberlo hecho.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no aprobar el cuidado. Consulte la Sección E3 en la página 191 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Usted recibió servicios o artículos que cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 en la página 191 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Usted recibió y pagó artículos o servicios que creía que estaban cubiertos, y desea que le reembolsemos el costo de estos.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. Consulte la Sección E5 en la página 200 para obtener información sobre cómo pedirnos el pago.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura de un cierto servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el servicio. Consulte la Sección E3 en la página 191 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es de cuidado hospitalario, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF), se aplican reglas especiales. Lea las Secciones G o H en las páginas 212 y 218 para saber más.

Sección E2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para recibir un servicio médico, para la salud del comportamiento o para el cuidado a largo plazo

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o bien pídale a su representante o su médico que nos solicite una decisión.

- Puede llamarnos al: **1-800-256-6533**, TTY: **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.
- Puede enviarnos un fax al: **1-877-940-1972**.
- Puede escribirnos a: UnitedHealthcare Community Plan of Texas, 14141 Southwest Freeway, Suite 500, Sugar Land, TX 77478

¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de cobertura?

Generalmente, lleva hasta 3 días hábiles después de que usted la solicitó, a menos que su solicitud sea para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare. Si su solicitud



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le comunicaremos una decisión a más tardar en 72 horas después de que recibamos su solicitud. Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo no mayor de 3 días hábiles (o 72 horas si se trata de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare), usted puede apelar.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta con más rapidez debido a su salud, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión en un plazo no mayor de 1 día hábil (o en un plazo no mayor de 24 horas si se trata de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare).

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación rápida”.

Cómo solicitar una decisión de cobertura rápida:

- Si solicita una decisión de cobertura rápida, comience por llamar o enviar un fax a nuestro plan para pedirnos que cubramos el cuidado que desea.
- Puede llamarnos al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes, o enviarnos un fax al **1-877-940-1972**. Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2.
- También puede pedirle a su médico o a su representante que nos llame.

Las siguientes son las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir los dos requisitos siguientes:

1. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si solicita cobertura de artículos o servicios médicos que aún no recibió**. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de artículos o servicios que usted ya recibió.)
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si el plazo estándar de 3 días hábiles (o el plazo de 72 horas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare) podría afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad funcional**.
 - Si su médico dice que usted necesita una decisión de cobertura rápida, le concederemos una automáticamente.
 - Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico, decidiremos si se la concederemos.
 - Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para recibir una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos el plazo estándar de 3 días hábiles (o el plazo de 72 horas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare) en su lugar.
 - Esta carta le indicará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- La carta también le indicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 225.

Si la decisión de cobertura es una Denegación, ¿cómo lo sabré?

Si **Denegamos** su solicitud, le enviaremos una carta para explicarle los motivos de nuestra respuesta.

- En ese caso, usted tiene derecho a pedirnos que cambiemos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si usted decide presentar una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelación (lea la siguiente sección para obtener más información).

Sección E3 Apelación de Nivel 1 relacionada con servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una Apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos nuestra decisión si usted cree que cometimos un error. Si usted, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede llamar a la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos al **1-866-566-8989**. La Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud.

¿Qué es una Apelación de Nivel 1?

Una Apelación de Nivel 1 es la primera apelación ante nuestro plan. Revisaremos la decisión de cobertura para saber si es correcta. El revisor será alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original. Cuando terminemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión por escrito.

Si después de nuestra revisión le decimos que el servicio o artículo no está cubierto, su caso puede pasar a una Apelación de Nivel 2.

¿Cómo presento una Apelación de Nivel 1?

- Para iniciar su apelación, usted, su médico, otro proveedor o su representante deben comunicarse con nosotros. Pueden llamarnos al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Para obtener información detallada adicional sobre cómo comunicarse con nosotros en relación con las apelaciones, consulte el Capítulo 2.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Puede solicitarnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.
- Puede enviar una solicitud a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Complaint and Appeals Department
PO Box 6103
MS CA124-0187
Cypress, CA 90630
- Para solicitar una apelación, también puede llamarnos al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden poner su solicitud por escrito y enviarnosla por correo o fax. También puede llamarnos para solicitar una apelación.

- Solicite la apelación **en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la decisión que desea apelar. Si se le pasa el plazo por un buen motivo, podrá apelar de todas maneras.
- Si apela porque le dijimos que un servicio que está recibiendo actualmente cambiará o se interrumpirá, **usted tiene menos días para apelar** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación.
- Siga leyendo esta sección para saber qué plazo corresponde a su apelación.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración rápida**”.

¿Alguien más puede presentar la apelación por mí?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden presentar la apelación por usted. Además, otra persona que no sea su médico ni otro proveedor puede presentar la apelación por usted, pero primero usted debe llenar un formulario de Nombramiento de un Representante. El formulario autoriza a la otra persona a actuar por usted.

Si no recibimos este formulario y alguien actúa por usted, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, usted tiene derecho a que otra persona revise nuestra desestimación. Le enviaremos un aviso por escrito que explicará su derecho a solicitar que la Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

Para obtener un formulario de Nombramiento de un Representante, llame a Servicio al Cliente y pida uno, o visite el sitio web de Medicare en **cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf**.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Si la apelación proviene de otra persona que no sea usted, su médico u otro proveedor, debemos recibir el formulario de Nombramiento de un Representante llenado antes de que podamos revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Usted debe solicitar una apelación **en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si se le pasa este plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Buenos motivos son, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o si le dimos la información incorrecta sobre el plazo para presentar una apelación. Cuando presente su apelación, usted debe explicar el motivo por el cual se demoró en presentarla.

Nota: Si apela porque le dijimos que un servicio que está recibiendo actualmente cambiará o se interrumpirá, **usted tiene menos días para apelar** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación. Para obtener más información, lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?” en la página 195.

¿Puedo obtener una copia del expediente de mi caso?

Sí. Para pedirnos una copia, llame a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

¿Mi médico puede darles más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión de apelación?

Revisamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de cuidado médico. Luego verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando **Denegamos** su solicitud. El revisor será alguien que no haya tomado la decisión original. Si la decisión original se basó en la falta de necesidad médica, el revisor será un médico.

Si necesitamos más información, podemos pedírsela a usted o a su médico.

¿Cuándo me enteraré de la decisión de una apelación “estándar”?

Debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su apelación (o en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que recibamos su apelación por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare). Si su condición de salud lo requiere, le comunicaremos nuestra decisión antes de ese plazo.

- Sin embargo, si usted pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si usted piensa que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnoslos. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 225.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo no mayor de 30 días calendario (o en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que recibamos su apelación por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare) o cuando terminen los días adicionales (si los tomamos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Medicare. Si esto ocurre, se lo notificaremos. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Texas Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 195.

Si Aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos aprobar o darle la cobertura en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su apelación (o en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que recibamos su apelación por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare).

Si Denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Medicare, también enviaremos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Texas Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 195.

¿Cuándo me enteraré de la decisión de una apelación “rápida”?

Si solicita una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes de este plazo.

- Sin embargo, si usted pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted piensa que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnoslos. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 225.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo no mayor de 72 horas o cuando terminen los días adicionales (si los tomamos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Medicare. Si esto ocurre, se lo notificaremos. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Texas Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 195.

Si Aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.

Si Denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Medicare, también enviaremos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Texas Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 195.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?

Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio que se aprobó previamente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida. Si usted no está de acuerdo con la medida, puede presentar una Apelación de Nivel 1 y pedir que continuemos con sus beneficios. A fin de que sus beneficios continúen, usted debe **presentar la solicitud a más tardar en la última de las siguientes fechas**:

- En un plazo no mayor de 10 días calendario a partir de la fecha en que se envió el aviso de la medida por correo; o
- La fecha de vigencia prevista de la medida.

Si usted cumple este plazo, puede seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su apelación.

Sección E4 Apelación de Nivel 2 relacionada con servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D)

Si el plan Deniega su Apelación de Nivel 1, ¿qué ocurre después?

Si **Denegamos** de manera total o parcial su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le indicará si el servicio o el artículo está cubierto habitualmente por Medicare o por Texas Medicaid.

- Si su problema es sobre un servicio o un artículo de **Medicare**, usted obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente (IRE) en cuanto se termine la Apelación de Nivel 1.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si su problema es sobre un servicio o un artículo de **Texas Medicaid**, usted puede solicitar una Apelación de Nivel 2 (conocida como Audiencia Imparcial) ante la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. La carta le explicará cómo hacerlo. A continuación, también encontrará información.
- Si su problema es sobre un servicio o un artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Texas Medicaid**, usted obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente. También puede solicitar una Apelación de Nivel 2 (conocida como Audiencia Imparcial) ante la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos.

¿Qué es una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 es una apelación externa, que realiza una organización independiente que no tiene relación con el plan. La organización encargada de las Apelaciones de Nivel 2 de Medicare es la Entidad de Revisión Independiente (IRE). La Entidad de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No es una agencia del gobierno. Medicare supervisa su trabajo. La Apelación de Nivel 2 de Texas Medicaid se conoce como Audiencia Imparcial. Las solicitudes de Audiencias Imparciales se presentan ante UnitedHealthcare Connected®, pero son revisadas por la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos.

Mi problema es sobre un servicio o un artículo de Texas Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 por servicios y artículos de Texas Medicaid se llama “Audiencia Imparcial”.

Si usted desea solicitar una Audiencia Imparcial, debe comunicarse con UnitedHealthcare Connected® por escrito. Enviaremos su solicitud de Audiencia Imparcial a la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos. Usted o su representante deben solicitar una Audiencia Imparcial **en un plazo no mayor de 120 días** desde la fecha de la carta en que denegamos su Apelación de Nivel 1 a nuestro plan. Si usted se demora por un buen motivo, es posible que la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos le extienda este plazo.

Envíe su solicitud por escrito a:

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

O bien, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Podemos ayudarle con esta solicitud. Si necesita una decisión rápida debido a su salud, debe llamar a Servicio al Cliente para solicitar una Audiencia Imparcial rápida.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Una vez que la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos reciba su solicitud de audiencia, usted recibirá un paquete de información que le indicará la fecha, la hora y el sitio de la audiencia. La mayoría de las Audiencias Imparciales se realizan por teléfono. Durante la audiencia, usted o su representante pueden explicarle al funcionario de audiencias por qué necesita el servicio que denegamos.

La División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos le comunicará una decisión final en un plazo no mayor de 90 días a partir de la fecha en que usted solicitó la audiencia. Si usted califica para una Audiencia Imparcial rápida, la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos debe comunicarle una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas. Sin embargo, si la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos necesita recopilar más información que pueda ayudarle a usted, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales.

Mi problema es sobre un servicio o un artículo de Medicare. ¿Qué ocurrirá en la Apelación de Nivel 2?

Una Entidad de Revisión Independiente (IRE) revisará minuciosamente la decisión de Nivel 1 y decidirá si se la debe cambiar.

- No es necesario que solicite la Apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente las denegaciones (totales o parciales) a la Entidad de Revisión Independiente. Si esto ocurre, se lo notificaremos.
- La Entidad de Revisión Independiente es contratada por Medicare y no tiene relación con este plan.
- Para pedirnos una copia de su expediente, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

La Entidad de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que reciba su apelación (o en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que reciba su apelación por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare). Esta regla se aplica si usted envió su apelación antes de obtener los artículos o servicios médicos.

- Sin embargo, si la Entidad de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales. Si la Entidad de Revisión Independiente necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo informará a través de una carta. La Entidad de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si su apelación fue “rápida” en el Nivel 1, automáticamente será una apelación rápida en el Nivel 2. La Entidad de Revisión Independiente debe darle una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que reciba su apelación.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Sin embargo, si la Entidad de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales. Si la Entidad de Revisión Independiente necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo informará a través de una carta. La Entidad de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

¿Qué ocurre si mi servicio o artículo está cubierto tanto por Medicare como por Texas Medicaid?

Si su problema es sobre un servicio o un artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Texas Medicaid, enviaremos automáticamente su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente. Usted también puede solicitar una Audiencia Estatal. Las solicitudes de Audiencias Imparciales se presentan ante UnitedHealthcare Connected®, pero son revisadas por la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos. Siga las instrucciones de la página 195.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?

Si su problema es sobre un servicio cubierto por Medicare o tanto por Medicare como por Texas Medicaid, sus beneficios por ese servicio no continuarán durante las Apelaciones de Nivel 2.

Si su problema es sobre un servicio cubierto **solamente por Texas Medicaid**, sus beneficios por ese servicio continuarán durante la Apelación de Nivel 2 si:

- Su apelación es sobre nuestra decisión de reducir o interrumpir un servicio que fue autorizado previamente; **y**
- Usted solicita una Apelación de Nivel 2 (Audiencia Imparcial) en un plazo no mayor de 10 días calendario a partir de nuestra carta que le avisaba que denegábamos su apelación de Nivel 1 o antes de la fecha de vigencia prevista de la medida, lo que sea posterior.

¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su Apelación de Nivel 2 (Audiencia Imparcial) pasó a la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos, esta le notificará por escrito la decisión de la audiencia.

- Si la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos **Acepta** de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos autorizar la cobertura en un plazo no mayor de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la audiencia.
- Si la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos **Deniega** de manera total o parcial lo que usted solicitó, significa que está de acuerdo con la decisión de Nivel 1. A esto se le llama “ratificar la decisión”. También se le llama “denegar su apelación”.

Si su Apelación de Nivel 2 pasó a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), esta le enviará una carta para explicarle su decisión.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si la Entidad de Revisión Independiente **Acepta** de manera total o parcial lo que usted solicitó en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de cuidado médico en un plazo no mayor de 72 horas o darle el servicio o artículo en un plazo no mayor de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Entidad de Revisión Independiente. Si usted tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de cuidado médico o darle el servicio o artículo en un plazo no mayor de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Entidad de Revisión Independiente.
- Si la Entidad de Revisión Independiente **Acepta** de manera total o parcial lo que usted solicitó en su apelación estándar por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la decisión de la Entidad de Revisión Independiente. Si usted tuvo una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo no mayor de 24 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Entidad de Revisión Independiente.
- Si la Entidad de Revisión Independiente **Deniega** de manera total o parcial lo que usted solicitó, significa que está de acuerdo con la decisión de Nivel 1. A esto se le llama “ratificar la decisión”. También se le llama “denegar su apelación”.

¿Qué ocurre si apelé tanto ante la Entidad de Revisión Independiente como ante la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos, y estas toman decisiones diferentes?

Si la Entidad de Revisión Independiente o la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos decide **Aceptar** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le daremos el servicio o el artículo aprobados que sea más parecido a lo que usted solicitó en su apelación.

Si la decisión Deniega de manera total o parcial lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su Apelación de Nivel 2 (Audiencia Imparcial) pasó a la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos, usted puede apelar de nuevo si solicita una revisión administrativa. La carta que usted reciba de la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos describirá esta siguiente opción de apelación.

Si su Apelación de Nivel 2 pasó a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), usted puede apelar de nuevo solamente si el valor monetario del servicio o del artículo que usted desea alcanza un cierto nivel mínimo. La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le explicará los derechos de apelación adicionales que usted pueda tener.

Para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación, consulte la Sección I en la página 224.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección E5 Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen servicios ni artículos cubiertos, incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o un artículo cubiertos. Usted nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura. Lo único que deberían pedirle que pague es el copago por los medicamentos del Nivel 1 o del Nivel 2.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.

Para obtener más información, comience por leer el Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted podría necesitar pedir un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para pedirnos el pago.

¿Puedo pedirles que me reembolsen el costo de un servicio o un artículo que pagué?

Recuerde que, si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, usted no debe pagar la factura. Pero, si lo hace, puede recibir un reembolso si siguió las reglas para recibir los servicios y los artículos.

Si pide un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Determinaremos si el servicio o el artículo que usted pagó es un servicio o un artículo cubiertos, y verificaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o el artículo que usted pagó está cubierto, y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago del servicio o del artículo en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si usted aún no pagó el servicio o el artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El hecho de que enviemos el pago significa que su solicitud de una decisión de cobertura ha sido **Aceptada**.
- Si el servicio o el artículo no está cubierto, o si usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para avisarle que no pagaremos el servicio o el artículo, y para explicarle por qué.

¿Qué se puede hacer si decidimos no pagar?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la Sección E3 en la página 191. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación por un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que recibamos su apelación.
- Si nos pide que le reembolsemos el costo de un servicio o un artículo que usted ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Si “**Denegamos**” su apelación y el servicio o el artículo generalmente está cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE). Si esto ocurre, se lo notificaremos por carta.

- Si la Entidad de Revisión Independiente revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle a usted, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si **Aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que usted pidió a usted o al proveedor en un plazo no mayor de 60 días calendario.
- Si la Entidad de Revisión Independiente **Deniega** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (A esto se le llama “ratificar la decisión”. También se le llama “denegar su apelación”.) La carta que usted reciba le explicará los derechos de apelación adicionales que usted pueda tener. Puede volver a apelar solamente si el valor monetario del servicio o del artículo que desea alcanza un cierto nivel mínimo. Para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación, consulte la Sección I en la página 224.

Si “**Denegamos**” su apelación y el servicio o el artículo generalmente está cubierto por Texas Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2 (consulte la Sección E4 en la página 195).

Sección F Medicamentos de la Parte D

Sección F1 Qué puede hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Hay unos pocos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que Texas Medicaid podría cubrir. **Esta sección se aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

- La Lista de Medicamentos incluye algunos medicamentos que tienen un asterisco (*). Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre medicamentos que tienen un asterisco (*) siguen el proceso que se describe en la Sección E en la página 188.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos con receta de la Parte D?

Sí. A continuación, encontrará ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede solicitar relacionadas con sus medicamentos de la Parte D:



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Nos solicita que hagamos una excepción, por ejemplo:
 - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos del plan
 - Pedir que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como los límites sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, si su medicamento está en la Lista de Medicamentos del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrírselo).
 - **Nota:** Si en su farmacia le informan que no pueden surtir su receta, recibirá un aviso que explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos un medicamento con receta que usted ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura relacionada con un pago.

El término legal para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es “**determinación de cobertura**”.

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura **y** cómo solicitar una apelación.

Consulte la tabla a continuación para decidir en qué sección encontrar la información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción a un medicamento que cubrimos?	¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y cree que usted cumple todas las reglas o restricciones del plan (por ejemplo, obtener una preaprobación) para el medicamento que necesita?	¿Desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó?	¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento en la manera que usted desea?



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)	Puede solicitarnos una decisión de cobertura.	Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.)
Comience por la Sección F2 en la página 203. Consulte también las Secciones F3 y F4 en las páginas 204 y 205.	Pase a la Sección F4 en la página 205.	Pase a la Sección F4 en la página 205.	Pase a la Sección F5 en la página 208.

Sección F2 Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está en nuestra Lista de Medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en nuestra Lista de Medicamentos o no está cubierto como usted quisiera, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”.

Si solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

Los siguientes son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.
 - Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted tendrá que pagar el costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 2.
 - No pueden solicitar una excepción al copago o coseguro que usted debe pagar por el medicamento.
2. Eliminar una restricción a nuestra cobertura. Hay reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos (para obtener más información, consulte la Sección C del Capítulo 5, página 130).
 - Las reglas y restricciones adicionales para la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
 - Que se le exija el uso de la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (A veces, a esto se le llama “preautorización [PA]”.)
- Tener que probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted pide. (A veces, a esto se le llama “terapia escalonada”.)
- Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener.
- Aunque aceptemos hacer una excepción y no aplicar una restricción para usted, usted puede solicitar una excepción al copago que le exigimos que pague por el medicamento.

El término legal que a veces se usa para pedir que se elimine una restricción a la cobertura de un medicamento es solicitar una “**excepción al formulario**”.

Sección F3 Información importante sobre la solicitud de excepciones

Su médico u otro profesional que receta deben informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración en la que expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de parte de su médico o de otro profesional que receta cuando usted solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Se les llama medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo podría surtir exactamente el mismo efecto que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

Aceptaremos o Denegaremos su solicitud de excepción

- Si **Aceptamos** su solicitud de excepción, generalmente la excepción dura hasta el final del año calendario, siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si **Denegamos** su solicitud de excepción, usted puede presentar una apelación para solicitar la revisión de nuestra decisión. La Sección F5 en la página 208 indica cómo presentar una apelación si **Denegamos** su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección F4 Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o el reembolso del costo de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué puede hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Usted puede llamarnos al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, su médico (u otro profesional que receta) u otra persona que actúe en nombre de usted pueden solicitar una decisión de cobertura. Un abogado también puede actuar en nombre de usted.
- Lea la Sección D en la página 185 para saber cómo autorizar a alguien para que actúe como su representante.
- No es necesario que usted le dé a su médico o a otro profesional que receta un permiso por escrito para solicitarnos una decisión de cobertura en nombre de usted.
- Si desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, lea el Capítulo 7 de esta guía. El Capítulo 7 describe cuándo podría necesitar pedir un reembolso. También indica cómo enviarnos la documentación para pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted pagó.
- Si solicita una excepción, presente la “declaración de respaldo”. Su médico u otro profesional que receta deben darnos las razones médicas para la excepción relacionada con un medicamento. A este documento se le llama “declaración de respaldo”.
- Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otro profesional que receta pueden explicarnos las razones por teléfono y luego enviarnos una declaración por correo o por fax.

Resumen: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un pago o un medicamento de la Parte D

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud, o pídale a su representante, su médico u otro profesional que receta que lo hagan. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar en un plazo no mayor de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso del costo de un medicamento de la Parte D que usted ya pagó en un plazo no mayor de 14 días calendario.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico o de otro profesional que receta.
- Usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas generalmente se toman en un plazo no mayor de 24 horas.)
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También léala para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

Usaremos los “plazos estándar”, a menos que hayamos aceptado usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación de cobertura rápida**”.

Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si solicita un medicamento que aún no recibió**. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró.)

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si los plazos estándar podrían afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad funcional**.

Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos concederle una decisión de cobertura rápida, y la carta se lo informará.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico ni de otro profesional que receta), decidiremos si le concederemos o no una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos los plazos estándar en su lugar.
 - Le enviaremos una carta para comunicárselo. La carta le explicará cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de concederle una decisión estándar.
 - Puede presentar una “queja rápida” y recibir una respuesta a la queja en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 225.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. Esto significa en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud. O, si solicita una excepción, esto significa en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico o el profesional que le receta en respaldo de su solicitud. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
- Si no cumplimos este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si Aceptamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos proporcionarle la cobertura en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico o del profesional que le receta en respaldo de su solicitud.
- **Si Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explicará las razones de nuestra respuesta. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” relacionada con un medicamento que usted aún no recibió

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud. O, si solicita una excepción, esto significa en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico o el profesional que le receta. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
- Si no cumplimos este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si Aceptamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos aprobar o proporcionarle la cobertura en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud o, si solicita una excepción, después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico o el profesional que le receta.
- **Si Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explicará las razones de nuestra respuesta. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” relacionada con el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Si Aceptamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le realizaremos el pago en un plazo no mayor de 14 días calendario.
- **Si Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explicará las razones de nuestra respuesta. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Sección F5 **Apelación de Nivel 1 relacionada con medicamentos de la Parte D**

- Para iniciar su apelación, usted, su médico, otro profesional que receta o su representante deben comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo.
- Si solicita una apelación estándar, puede hacerlo mediante el envío de una solicitud por escrito. Para solicitar una apelación, también puede llamarnos al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.
- Si desea presentar una apelación rápida, puede escribirnos o llamarnos para presentar su apelación.
- Presente su solicitud de apelación **en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso que le enviamos para informarle nuestra decisión. Si se le pasa este plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, buenos motivos para que se le pase el plazo serían si usted tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Para pedir una copia, llame a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

El término legal para una apelación al plan por una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es “**redeterminación**” del plan.

- Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que receta pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.
-

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico, el profesional que le receta o su representante pueden poner su solicitud por escrito y enviárnosla por correo o fax. También puede llamarnos para solicitar una apelación.

- Solicite la apelación **en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la decisión que desea apelar. Si se le pasa el plazo por un buen motivo, podrá apelar de todas maneras.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Usted, su médico, el profesional que le receta o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También léala para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si apela una decisión que tomó nuestro plan sobre un medicamento que usted aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”, según se describen en la Sección F4 en la página 205.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración rápida**”.

Nuestro plan revisará su apelación y le comunicará nuestra decisión

- Examinaremos otra vez detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificaremos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando **Denegamos** su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro profesional que receta para obtener más información. El revisor será alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si Aceptamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos proporcionar la cobertura en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explicará las razones de nuestra respuesta.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que recibamos su apelación o antes si su salud lo requiere, excepto si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Si pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su apelación. Si usted piensa que su salud lo requiere, debe solicitar una “apelación rápida”.

- Si no le damos una decisión en un plazo no mayor de 7 días calendario, o 14 días calendario si nos pidió que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si Aceptamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos proporcionarle la cobertura con la rapidez que requiera su salud, pero en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que recibamos su apelación o 14 días calendario si nos pidió que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud de apelación.
- **Si Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explicará las razones de nuestra respuesta y le indicará cómo apelar nuestra decisión.

Sección F6 Apelación de Nivel 2 relacionada con medicamentos de la Parte D

Si **Denegamos** de manera total o parcial su apelación, usted puede decidir si acepta esta decisión o presenta otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si usted desea que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito. La carta que le enviemos sobre nuestra decisión de la Apelación de Nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Si usted presenta una apelación ante la Entidad de Revisión Independiente, nosotros le enviaremos el expediente de su caso a esta organización. Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso. Para hacerlo, llame a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.
- Usted tiene derecho a dar otra información a la Entidad de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- La Entidad de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene relación con este plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la Entidad de Revisión Independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta para explicarle su decisión.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si usted desea que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito.

- Solicite la apelación **en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la decisión que desea apelar. Si se le pasa el plazo por un buen motivo, podrá apelar de todas maneras.
- Usted, su médico, otro profesional que receta o su representante pueden solicitar la Apelación de Nivel 2.
- **¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También léala para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.**

El término legal para una apelación ante la Entidad de Revisión Independiente sobre un medicamento de la Parte D es “**reconsideración**”.

Plazos para una “apelación rápida” de Nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la Entidad de Revisión Independiente (IRE).
- Si la Entidad de Revisión Independiente acepta concederle una “apelación rápida”, debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 72 horas después de que reciba su solicitud de apelación.
- Si la Entidad de Revisión Independiente **Acepta** de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la decisión.

Plazos para una “apelación estándar” de Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que reciba su apelación o 14 días calendario si nos pidió que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.
- Si la Entidad de Revisión Independiente **Acepta** de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la decisión.
- Si la Entidad de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente Deniega su Apelación de Nivel 2?

Denegación significa que la Entidad de Revisión Independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. A esto se le llama “ratificar la decisión”. También se le llama “denegar su apelación”.

Si usted desea pasar al Nivel 3 del proceso de apelación, los medicamentos que solicita deben alcanzar un valor monetario mínimo. Si el valor monetario es inferior al mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, usted puede solicitar una apelación de Nivel 3. La carta que reciba de la Entidad de Revisión Independiente le informará cuál es el valor monetario necesario para continuar con el proceso de apelación.

Sección G **Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada**

Si se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararle para el día en que deje el hospital. También le ayudarán con los arreglos necesarios para el cuidado que pudiera necesitar al salir del hospital.

- El día que deja el hospital se llama su “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha de alta.

Si usted cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada. Esta sección le indica cómo hacerlo.

Sección G1 **Cómo se enterará de sus derechos de Medicare**

En un plazo no mayor de dos días después de ser admitido en el hospital, un asistente social o una enfermera le entregarán un aviso llamado Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos. Si no recibe este aviso, pídalo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no comprende. El Aviso Importante le informa sus derechos como paciente del hospital, que incluyen sus derechos a:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
- Participar en cualquiera de las decisiones sobre la duración de su estadía en el hospital.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Saber dónde informar todo problema o inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Apelar si piensa que le darán de alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que usted esté de acuerdo con la fecha de alta que puedan haberle dado su médico o el personal del hospital.

Guarde su copia del aviso firmado para poder tener esa información si la necesita.

- Si desea ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.
- También puede consultar el aviso en Internet en **[cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)**.
- Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente o a Medicare a los números indicados anteriormente.

Sección G2 Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea que cubramos durante más tiempo sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, debe solicitar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad hará la revisión de la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha de alta programada es médicamente apropiada para usted. En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

- Si usted desea presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a KEPRO al: **1-888-315-0636 (TTY 711)**.

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de dejar el hospital y, a más tardar, en su fecha de alta programada. Un Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Si usted llama antes de dejar el hospital, se le permite quedarse después de su fecha de alta programada sin pagar la estadía mientras espera a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le comunique la decisión sobre su apelación.

- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada, es posible que tenga que pagar todos los costos del cuidado hospitalario que reciba después de su fecha de alta programada.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Si se le pasa el plazo** para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nuestro plan en su lugar. Para obtener información detallada, consulte la Sección G4 en la página 216.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al **1-888-315-0636 (TTY 711)** y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de dejar el hospital y antes de su fecha de alta programada.

Queremos asegurarnos de que usted entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al **1-800-252-3439** o a la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos al **1-866-566-8989**.

¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla.

Solicite una “revisión rápida”

Debe solicitar una “revisión rápida” de su alta a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted pide a la organización que use los plazos rápidos para una apelación en lugar de usar los plazos estándar.

El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta programada. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
 - Los revisores examinarán su registro médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.
 - Antes del mediodía del día siguiente a que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá una carta que le indicará cuál es su fecha de alta programada y le explicará las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es apropiado que a usted le den de alta en esa fecha.
-



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

El término legal para esta explicación por escrito es “**Aviso Detallado del Alta**”. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533** (TTY **711**). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O bien, usted puede consultar un aviso de muestra en Internet en **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html**.

¿Qué sucede si la apelación es Aceptada?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la apelación es Denegada?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación, significa que considera que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. En este caso, nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará al mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación y usted decide quedarse en el hospital, es posible que tenga que pagar por continuar con su estadía en el hospital. El costo del cuidado hospitalario que tenga que pagar comienza al mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación y usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada, puede presentar una Apelación de Nivel 2.

Sección G3 Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su apelación y usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Tendrá que comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si se quedó en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama – KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al **1-888-315-0636** (TTY **711**).



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al **1-888-315-0636** (TTY **711**) y solicite otra revisión.

¿Qué sucede si la apelación es Aceptada?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que usted recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha de la decisión de su primera apelación. Debemos seguir proporcionando cobertura de su cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la apelación es Denegada?

Significa que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que usted reciba le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su Apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.

Sección G4 ¿Qué sucede si se le pasa el plazo de una apelación?

Si se le pasan los plazos de apelación, hay otra manera de presentar Apelaciones de Nivel 1 y de Nivel 2, llamadas Apelaciones Alternativas. Pero los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

Apelación Alternativa de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (que es en un plazo no mayor de 60 días o a más tardar en su fecha de alta programada, lo que ocurra primero), puede presentar su apelación ante nosotros y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Durante esta revisión, revisamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si la decisión respecto a cuándo usted debería dejar el hospital fue justa y siguió todas las reglas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le comunicaremos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas después de que usted solicite una “revisión rápida”.
- **Si Aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo con que usted aún necesita quedarse en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos cubriendo los servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.

- **Si Denegamos su revisión rápida**, estamos diciendo que su fecha de alta programada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados termina el día en que indicamos que su cobertura terminaría.
 - Si usted se quedó en el hospital después de su fecha de alta programada, **es posible que tenga que pagar el costo total** del cuidado hospitalario que recibió después de la fecha de alta programada.
- Para garantizar que estábamos siguiendo todas las reglas cuando **Denegamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Cuando esto ocurre, significa que su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación.

El término legal para “revisión rápida” es “apelación rápida”.

Resumen: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Llame a nuestro número de Servicio al Cliente y solicite una “revisión rápida” de su fecha de alta del hospital.

Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas.

Apelación Alternativa de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) en un plazo no mayor de 24 horas después de comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Si usted piensa que no estamos cumpliendo este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección J de este capítulo en la página 225 indica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de Nivel 2, la **Entidad de Revisión Independiente** revisa la decisión que



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

tomamos cuando **Denegamos** su “revisión rápida”. Esta organización determina si debemos modificar la decisión que tomamos.

- La Entidad de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.
- La Entidad de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la Entidad de Revisión Independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con la apelación de su alta del hospital.
- Si la Entidad de Revisión Independiente **Acepta** su apelación, debemos reembolsarle a usted nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que recibió desde su fecha de alta programada. También debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la Entidad de Revisión Independiente **Deniega** su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta del hospital programada era médicamente apropiada.
- La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le indicará lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará información detallada sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez.

Resumen: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

Sección H **Qué puede hacer si piensa que su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado de enfermería especializada o sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto**

Esta sección trata *solamente* sobre los siguientes tipos de cuidado:

- Servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio.
- Cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- Cuidado de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

general, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación mayor.

- Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que usted los necesita.
- Si decidimos interrumpir la cobertura de cualquiera de estos servicios, debemos informárselo antes de que terminen sus servicios. Cuando su cobertura de este cuidado termine, dejaremos de pagar su cuidado.

Si usted piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Es posible que se necesite una preautorización — hable con su proveedor de cuidado primario o su Coordinador de Servicios.

Sección H1 Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado. Este aviso se llama “Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare”. El aviso por escrito le indica la fecha en que interrumpiremos la cobertura de su cuidado y cómo apelar esa decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. El hecho de firmarlo **no** significa que usted está de acuerdo con el plan en que es momento de interrumpir el cuidado.

Cuando su cobertura termine, dejaremos de pagar su cuidado.

Sección H2 Apelación de Nivel 1 para continuar con su cuidado

Si piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de comenzar su apelación, infórmese sobre lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir los plazos que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe respetar. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección J en la página 225 indica cómo presentar una queja.)
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**. O bien, llame su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud al **1-800-252-3439**.

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si cambiará la decisión que tomamos. En Texas, la Organización para el



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al: **1-888-315-0636 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. También encontrará información sobre cómo apelar ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en el Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare, que es el aviso que recibió cuando le dijeron que dejaríamos de cubrir su cuidado.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitar al plan que continúe con su cuidado

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al **1-888-315-0636 (TTY 711)** y solicite una apelación de “tramitación rápida”.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le está proporcionando su cuidado y antes de su fecha de alta programada.

¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla.

¿Qué debe solicitar?

Solicíteles una “apelación de tramitación rápida”. Es una revisión independiente para saber si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es su plazo para comunicarse con esta organización?

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a más tardar al mediodía del día siguiente a que usted recibió el aviso por escrito que indica la fecha en que interrumpiremos la cobertura de su cuidado.
- Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener información detallada sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección H4 en la página 222.

El término legal para el aviso por escrito es “**Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes, o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O consulte una copia en Internet en **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/**.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- ¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?
- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Cuando solicite una apelación, el plan deberá escribirles una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para explicar por qué deberían terminar sus servicios.
- Los revisores también examinarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que les proporcionó nuestro plan.
- **En un plazo no mayor de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.** Usted recibirá una carta que le explicará la decisión.

El término legal para la carta que explica por qué sus servicios deberían terminar es “**Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura**”.

¿Qué sucede si los revisores **Aceptan** su apelación?

- Si los revisores **Aceptan** su apelación, debemos seguir prestándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si los revisores **Deniegan** su apelación?

- Si los revisores **Deniegan** su apelación, su cobertura terminará en la fecha que le indicamos. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
- Si usted decide seguir recibiendo el cuidado de asistencia médica a domicilio, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que termine su cobertura, tendrá que pagar el costo total de este cuidado.

Sección H3 **Apelación de Nivel 2 para continuar con su cuidado**

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** la apelación **y** usted decide seguir recibiendo el cuidado después de que haya terminado su cobertura para el cuidado, usted puede presentar una Apelación de Nivel 2.

Durante la apelación de Nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinará otra vez la decisión que tomó en el Nivel 1. Si está de acuerdo con la decisión de Nivel 1, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para solicitar que el plan cubra su cuidado durante más tiempo

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite otra revisión.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le está proporcionando su cuidado y antes de su fecha de alta programada.

En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al: **1-888-315-0636 (TTY 711)**. Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomará una decisión en un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización de revisión Acepta su apelación?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. Debemos seguir proporcionando cobertura del cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la organización de revisión Deniega su apelación?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó en la Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- La carta que usted reciba le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará información detallada sobre cómo pasar al próximo nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

Sección H4 Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1

Si se le pasan los plazos de apelación, hay otra manera de presentar Apelaciones de Nivel 1 y de Nivel 2, llamadas Apelaciones Alternativas. Pero los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

Apelación Alternativa de Nivel 1 para continuar con su cuidado durante más tiempo

Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o el cuidado que usted está recibiendo en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF). Verificamos si la decisión respecto a la fecha en que deberían terminar sus servicios fue justa y siguió todas las reglas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas después de que solicite una “revisión rápida”.
- **Si Aceptamos** su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo sus servicios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.
- **Si Denegamos** su revisión rápida, significa que la interrupción de sus servicios era médicamente apropiada. Nuestra cobertura termina a partir del día en que indicamos que su cobertura terminaría.

Resumen: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Llame a nuestro número de Servicio al Cliente y solicite una “revisión rápida”.

Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas.

Si usted sigue recibiendo servicios después del día en que dijimos que se interrumpirían, **es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios.**

Para garantizar que estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Cuando esto ocurre, significa que su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación.

El término legal para “revisión rápida” es “**apelación rápida**”.

Apelación Alternativa de Nivel 2 para continuar con su cuidado durante más tiempo

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) en un plazo no mayor de 24 horas después de comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Si usted piensa que no estamos cumpliendo este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección J en la página 225 indica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su “revisión rápida”. Esta organización determina si debemos modificar la decisión que tomamos.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- La Entidad de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.
- La Entidad de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la Entidad de Revisión Independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la Entidad de Revisión Independiente Acepta** su apelación, debemos reembolsarle a usted nuestra parte de los costos del cuidado. También debemos seguir cubriendo sus servicios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- **Si la Entidad de Revisión Independiente Deniega** su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que la interrupción de la cobertura de servicios era médicamente apropiada.

La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le indicará lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará información detallada sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para solicitar que el plan continúe con su cuidado

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

Sección I Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

Sección I1 Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y se denegaron ambas apelaciones, usted podría tener derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ). La persona que toma la decisión en una apelación de Nivel 3 es un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. Si usted desea que un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador revise su caso, el artículo o el servicio médico que usted está solicitando debe alcanzar un cierto valor monetario mínimo. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor monetario es lo



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

suficientemente alto, puede pedir a un Juez de Derecho Administrativo o a un abogado adjudicador que revise su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado adjudicador, puede recurrir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, podría tener derecho a solicitar a un tribunal federal que examine su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos. El número de teléfono es el **1-866-566-8989**.

Sección I2 Próximos pasos para servicios y artículos de Medicaid

Si su apelación es sobre servicios o artículos que podrían estar cubiertos por Medicaid, usted también tiene más derechos de apelación. Si tiene preguntas sobre sus derechos de apelación adicionales, puede llamar a la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos al **1-866-566-8989**.

Si no está de acuerdo con una decisión tomada por el funcionario de Audiencias Imparciales, puede solicitar una Revisión Administrativa en un plazo no mayor de 30 días a partir de la fecha de la decisión.

La carta que usted reciba de la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Sección J Cómo presentar una queja

Sección J1 Para qué tipos de problemas se deben usar las quejas

El proceso de queja se usa para ciertos tipos de problemas solamente, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan a través del proceso de queja.

Resumen: Cómo presentar una queja

Usted puede presentar una queja interna ante nuestro plan o una queja externa ante una organización que no tiene relación con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Cliente o envíenos una carta.

Hay diferentes organizaciones que se ocupan de las quejas externas. Para obtener más información, consulte la Sección J3 en la página 228.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Quejas sobre la calidad

- Usted no está conforme con la calidad del cuidado, por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.

Quejas sobre la privacidad

- Piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Quejas sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de cuidado de la salud o su personal fue descortés o irrespetuoso con usted.
- El personal de UnitedHealthcare Connected® le trató mal.
- Usted piensa que le están forzando a dejar el plan.

Quejas sobre accesibilidad

- Usted no puede acceder físicamente a los servicios para el cuidado de la salud y a las instalaciones del consultorio de un médico o un proveedor.
- Su proveedor no le presta un servicio razonable que usted necesita, como un intérprete de lenguaje de señas americano.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Usted tiene problemas para hacer una cita o está esperando demasiado para obtenerla.
- Los médicos, los farmacéuticos u otros profesionales de salud, o los representantes de Servicio al Cliente u otro personal del plan le han hecho esperar demasiado para atenderle.

Quejas sobre la limpieza

- Usted piensa que la clínica, el hospital o el consultorio médico no están limpios.

Quejas sobre el acceso en otros idiomas

- Su médico o proveedor no le ofrece un intérprete durante su cita.

Quejas sobre comunicaciones de nuestra parte

- Usted cree que no le hemos enviado un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Piensa que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras medidas relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Usted cree que no estamos cumpliendo nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o para responder su apelación.
- Usted cree que, después de recibir una decisión de cobertura o de apelación a su favor, no estamos cumpliendo los plazos para aprobar o prestarle el servicio, o para reembolsarle el costo de ciertos servicios médicos.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Usted cree que no enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente a tiempo.

El término legal para “queja” es **“queja formal”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“presentar una queja formal”**.

¿Hay diferentes tipos de quejas?

Sí. Usted puede presentar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada a nuestro plan y esta la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos al **1-866-566-8989**.

Sección J2 Quejas internas

- Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Puede presentar la queja en cualquier momento.
- Si debe hacer algo más, Servicio al Cliente se lo indicará.
- Usted también puede escribir su queja y enviárnosla. Si envía su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Si necesita presentar una “queja rápida” o pedirnos que reconsideremos una “apelación rápida”, puede llamar a Servicio al Cliente en cuanto le notifiquen que su apelación seguirá nuestro plazo estándar de apelación o, a más tardar, en el plazo indicado anteriormente para enviarnos su queja.

El término legal para “queja rápida” es **“queja formal rápida”**.

Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama para presentar una queja, es posible que le podamos dar una respuesta en el mismo momento de su llamada. Si su condición de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas en un plazo no mayor de 30 días calendario.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o de una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo no mayor de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le concederemos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo no mayor de 24 horas.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Si no estamos de acuerdo** de manera total o parcial con su queja, se lo informaremos y le daremos nuestras razones. Le responderemos, independientemente de que estemos de acuerdo con la queja o no.

Sección J3 Quejas externas

Puede presentar su queja ante Medicare

Puede enviar su queja a Medicare. El Formulario de Queja de Medicare está disponible en: **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**

Medicare toma sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan no está tratando su problema, llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.

Puede presentar su queja ante Texas Medicaid

Una vez que usted haya pasado por el proceso de queja del plan, puede llamar al número gratuito **1-866-566-8989** para presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. Si desea presentar su queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

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

Si tiene acceso a Internet, puede presentar su queja en: **hhs.texas.gov/es/servicios/sus-derechos/oficina-del-ombudsman-de-hhs/ombudsman-ayuda-con-la-atencion-medica-administrada**.

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si piensa que le han tratado injustamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con discapacidades o la asistencia en otros idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es el **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**. Para obtener más información, también puede visitar **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**.

Además, puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local: **1-888-388-6332**.

También podría tener derechos conforme a la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades y conforme a ciertas leyes estatales. Para pedir ayuda, puede comunicarse con la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos. El número de teléfono es el **1-866-566-8989**.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Puede presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Si su queja es sobre la calidad del cuidado, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (sin presentar la queja ante nosotros).
- O puede presentar su queja ante nosotros y la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si presenta una queja ante esta organización, colaboraremos con la organización para resolver su queja.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud en ejercicio que reciben pagos del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2.

En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es el **1-888-315-0636** (TTY **711**).



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid

Introducción

Este capítulo explica las maneras en que usted puede terminar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar el plan. Si deja nuestro plan, seguirá estando inscrito en los programas Medicare y Texas Medicaid siempre y cuando cumpla los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Cuándo puede terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid....	231
Sección B	Cómo terminar su membresía en nuestro plan	231
Sección C	Cómo inscribirse en un Plan Medicare-Medicaid diferente	232
Sección D	Cómo recibir los servicios de Medicare y de Medicaid por separado.....	232
	Sección D1 Maneras de recibir sus servicios de Medicare	232
	Sección D2 Cómo recibir sus servicios de Medicaid	234
Sección E	Siga recibiendo sus servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.....	234
Sección F	Otras situaciones en las que termina su membresía	234
Sección G	Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud	235
Sección H	Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan	235
Sección I	Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan	236



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A **Cuándo puede terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid**

Puede terminar su membresía en su Plan Medicare-Medicaid UnitedHealthcare Connected® en cualquier momento del año si se inscribe en otro Plan Medicare Advantage o en otro Plan Medicare-Medicaid, o si se pasa a Medicare Original.

Su membresía terminará el último día del mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura de nuestro plan terminará el 31 de enero. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. (1 de febrero, en este ejemplo). Si usted deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de las páginas 232 y 233 de este capítulo.
- Servicios de Texas Medicaid en la página 234 de este capítulo.

Para obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía, puede llamar:

- Llame a MAXIMUS al **1-703-712-4000**, de 8 a.m. a 6 p.m., hora local, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al **1-800-252-3439**.
- Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

NOTA: A partir del 1 de enero de 2024, si usted está inscrito en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

Sección B **Cómo terminar su membresía en nuestro plan**

Si decide terminar su membresía, avise a Texas Medicaid o a Medicare que usted desea dejar UnitedHealthcare Connected®:

- Llame a MAXIMUS al **1-703-712-4000**, de 8 a.m. a 6 p.m., hora local, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **711**; O
- Envíe a MAXIMUS un Formulario de Cambio de Inscripción. Para obtener el formulario, puede llamar a MAXIMUS al **1-703-712-4000** (TTY **711**) si necesita que le envíen uno por correo; O
- Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al **1-877-486-2048**. Cuando llama al **1-800-MEDICARE**, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si deja nuestro plan, consulte la tabla de las páginas 232 y 233.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección C Cómo inscribirse en un Plan Medicare-Medicaid diferente

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y de Texas Medicaid juntos a través de un solo plan, puede inscribirse en un Plan Medicare-Medicaid diferente.

Para inscribirse en un Plan Medicare-Medicaid diferente:

- Llame a MAXIMUS al **1-703-712-4000**, de 8 a.m. a 6 p.m., hora local, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **711**. Diga que desea dejar UnitedHealthcare Connected® e inscribirse en un Plan Medicare-Medicaid diferente. Si no está seguro del plan en el que desea inscribirse, pueden informarle sobre otros planes en su área; O
- Envíe a MAXIMUS un Formulario de Cambio de Inscripción. Para obtener el formulario, puede llamar a MAXIMUS al **1-703-712-4000** (TTY **711**) si necesita que le envíen uno por correo.

Su cobertura con UnitedHealthcare Connected® terminará el último día del mes en que recibamos su solicitud.

Sección D Cómo recibir los servicios de Medicare y de Medicaid por separado

Si usted no desea inscribirse en un Plan Medicare-Medicaid diferente después de dejar UnitedHealthcare Connected®, volverá a recibir sus servicios de Medicare y de Texas Medicaid por separado.

Sección D1 Maneras de recibir sus servicios de Medicare

Usted tendrá la opción de elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, terminará automáticamente su membresía en nuestro plan.

<p>1. Puede cambiarse a: Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o un Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (PACE)</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas. <p>Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en UnitedHealthcare Connected® se cancelará automáticamente.</p>
---	---



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

<p>2. Puede cambiarse a: Medicare Original con un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas. <p>Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en UnitedHealthcare Connected® se cancelará automáticamente.</p>
<p>3. Puede cambiarse a: Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare</p> <p>NOTA: Si se cambia a Medicare Original, pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted informe a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Solamente debería dejar la cobertura de medicamentos con receta si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o de un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita o no cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas al 1-800-252-3439.</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas. <p>Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en UnitedHealthcare Connected® se cancelará automáticamente.</p>



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección D2 **Cómo recibir sus servicios de Medicaid**

Sus servicios de Texas Medicaid incluyen la mayoría de los apoyos y servicios a largo plazo, y cuidado de la salud del comportamiento. Para obtener más información sobre sus servicios de Texas Medicaid, llame a MAXIMUS al **1-703-712-4000**, de 8 a.m. a 6 p.m., hora local, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Si deja el Plan Medicare-Medicaid, seguirá en nuestro plan para recibir sus servicios de Texas Medicaid.

- Para cambiarse a otro plan de salud de Medicaid solamente, puede comunicarse con MAXIMUS.
- Recibirá una nueva Tarjeta de ID de Miembro, una nueva **Guía para Miembros** y un nuevo **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Sección E **Siga recibiendo sus servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su membresía**

Si deja UnitedHealthcare Connected®, es posible que pase cierto tiempo antes de que termine su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y de Texas Medicaid. Durante este tiempo, usted seguirá recibiendo el cuidado de su salud y sus medicamentos a través de nuestro plan.

- **Use los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.**
- **Usted debe usar las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.** Por lo general, sus medicamentos con receta solamente tienen cobertura si se surten en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si es hospitalizado el día en que termina su membresía, su estadía en el hospital generalmente estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta.** Esto ocurrirá, aunque su nueva cobertura de salud comience antes de que le den de alta.

Sección F **Otras situaciones en las que termina su membresía**

UnitedHealthcare Connected® debe terminar su membresía en el plan en los siguientes casos:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted deja de calificar para Texas Medicaid. Nuestro plan es para las personas que califican tanto para Medicare como para Texas Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si se muda o sale de viaje por mucho tiempo, debe llamar a Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se mudará o al que viajará está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene para medicamentos con receta.
- Si no es ciudadano estadounidense ni residente legal en los Estados Unidos.
- Debe ser ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por esta razón.
- Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

Podemos obligarle a dejar nuestro plan por los siguientes motivos solamente si recibimos primero el permiso de Medicare y de Texas Medicaid:

- Si, al inscribirse en nuestro plan, usted nos proporciona intencionalmente información incorrecta que afecta sus requisitos de participación en nuestro plan.
- Si se comporta constantemente de una manera conflictiva y nos dificulta proporcionarles cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona use su Tarjeta de ID de Miembro para recibir cuidado médico.
 - Si terminamos su membresía por este motivo, es posible que Medicare haga que el Inspector General investigue su caso.

Sección G **Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud**

Si usted piensa que se le ha pedido que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También debe llamar a Texas Medicaid. Llame a su Coordinador de Servicios o Defensor del Miembro para recibir ayuda, o puede encontrar la información de contacto de Texas Medicaid en el Capítulo 2.

Sección H **Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan**

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra decisión de terminar su membresía. Además, puede consultar el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección I Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan

Si tiene preguntas o quisiera obtener más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Capítulo 11

Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su membresía en UnitedHealthcare Connected®. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Aviso sobre las leyes.....	238
Sección B	Aviso sobre antidiscriminación	238
Sección C	Aviso sobre Medicare como segundo pagador.....	238



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A Aviso sobre las leyes

Se aplican muchas leyes a esta **Guía para Miembros**. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si esta guía no contiene ni explica esas leyes. Las leyes principales que se aplican a esta guía son leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y estatales.

Sección B Aviso sobre antidiscriminación

Cada compañía o agencia que trabaja con Medicare y Texas Medicaid debe obedecer las leyes que le protegen a usted de discriminación o trato injusto. No le discriminamos ni le tratamos diferente debido a su edad, experiencia de reclamos, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historial médico, discapacidad física o mental, origen nacional, raza, religión, sexo u orientación sexual.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-537-7697**. Para obtener más información, también puede visitar **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**.
- También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas al **1-888-388-6332**.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios para el cuidado de la salud o a un proveedor, llame a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudar.

Sección C Aviso sobre Medicare como segundo pagador

A veces, un tercero tiene que pagar primero los servicios que le prestamos a usted. Por ejemplo, si usted sufre un accidente de tránsito o si se lesiona en el trabajo, un seguro o el Seguro de Accidentes Laborales debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare, pero por los que Medicare no es el primer pagador.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Capítulo 12

Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos clave que se usan en toda la **Guía para Miembros**, con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si usted no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicio al Cliente.

Actividades de la vida diaria: Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Agencia estatal de Medicaid: La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas es la única agencia estatal responsable de operar y, en algunos casos, supervisar el programa estatal de Medicaid.

Apelación: Manera en la que usted cuestiona nuestra forma de actuar si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura mediante la presentación de una apelación. La Sección D del Capítulo 9, página 185, explica las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

Apoyos y servicios a largo plazo (long-term services and supports, LTSS): Servicios que ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a seguir viviendo en su domicilio para no tener que ir a un asilo de convalecencia o a un hospital.

Área de servicio: Área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. En los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente también es el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener UnitedHealthcare Connected®.

Asignación de Medicare: En Medicare Original, un médico o distribuidor “acepta la asignación” si ha convenido aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago total de los servicios cubiertos.

Asilo de convalecencia o centro de enfermería: Lugar que proporciona cuidado a las personas que no pueden recibir cuidado a domicilio, pero que no necesitan estar en el hospital.

Audiencia imparcial: Oportunidad que usted tiene de plantear su problema en un tribunal y demostrar que una decisión que tomamos es incorrecta.

Auxiliar de asistencia médica a domicilio: Persona que presta servicios para los que no se necesita la especialización de una enfermera con licencia o de un terapeuta, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los auxiliares de asistencia médica a domicilio no tienen licencia para ejercer la enfermería ni prestan servicios de terapia.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Cancelación de la inscripción: Proceso para terminar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por su decisión propia) o involuntaria (no por su decisión propia).

Capacitación en Competencia Cultural: Capacitación que proporciona formación adicional para nuestros proveedores de cuidado de la salud que les ayuda a comprender mejor sus orígenes, principios y creencias para adaptar los servicios a fin de que satisfagan sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Centro de cirugía ambulatoria: Centro que realiza cirugías para pacientes ambulatorios, es decir, a pacientes que no necesitan cuidado hospitalario y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado.

Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Centro de enfermería con personal y equipo para proporcionar cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Presta una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación ambiental de su domicilio.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Agencia federal a cargo de Medicare. La Sección G del Capítulo 2, página 23, explica cómo comunicarse con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Coordinador de Servicios: La persona principal que colabora con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesite.

Copago: Cantidad fija que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe un servicio o un suministro. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un servicio o un medicamento con receta.

Costo compartido diario: Tarifa que se puede aplicar cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Un costo compartido diario es el copago dividido por el número de días en un suministro de un mes.

Por ejemplo: Supongamos que el copago por un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) de su medicamento es de \$1.55. Esto significa que lo que usted paga por su medicamento es un poco menos de \$0.05 por día. Si obtiene un suministro de 7 días del medicamento, su pago será de un poco menos de \$0.05 por cada día multiplicado por 7 días, con un pago total de menos de \$0.35.

Costo compartido: Lo que usted tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye los copagos y los coseguros.

Cuidado de emergencia: Servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios para emergencias y necesarios para tratar una emergencia médica.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se prestan diaria y continuamente en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar una enfermera titulada o un médico.

Cuidado requerido de urgencia: Cuidado que usted recibe para una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Usted puede recibir cuidado requerido de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no haya proveedores de la red a su disposición o cuando usted no pueda visitarlos.

Cuidados paliativos: Programa de cuidado y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a que vivan con comodidad. Pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos.

- Un miembro que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir cuidados paliativos.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores atienden a la persona en todos los aspectos, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- UnitedHealthcare Connected debe proporcionarle una lista de los proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Decisión de cobertura: Decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre los medicamentos y servicios cubiertos, o lo que pagaremos por sus servicios de salud. La Sección D del Capítulo 9, página 185, explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: El plan toma una determinación de la organización cuando este, o uno de sus proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. En esta guía, las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura”. La Sección D del Capítulo 9, página 185, explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: Una emergencia médica se da cuando usted o cualquier otra persona con conocimientos promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o limitación grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o dolor grave.

Equipo de coordinación de servicios: Un equipo de coordinación de servicios puede incluir médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de salud que están para ayudarle a recibir el cuidado que usted necesite. Su equipo de coordinación de servicios también le ayudará a hacer un Plan de Cuidado.

Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME): Ciertos artículos que su médico le indica para que usted use en su domicilio. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

Especialista: Médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Etapas de Cobertura de Gastos Médicos Mayores: Etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D cuando el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Usted comienza esta etapa cuando usted (o terceros calificados en nombre de usted) haya(n) gastado \$8,000 por medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año. Usted no paga nada.

Etapas de Cobertura Inicial: Etapa antes de que el total de sus gastos de medicamentos de la Parte D alcance los \$8,000, que incluye lo que pagó usted, lo que pagó nuestro plan en nombre de usted y el subsidio para personas de bajos ingresos. Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa, el plan paga una parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.

Evaluación Completa de Riesgos para la Salud: Evaluación que se usa para confirmar su nivel de riesgo apropiado y para desarrollar su Plan de Cuidado. Las Evaluaciones Completas de Riesgos para la Salud incluirán, entre otros factores, la salud física y del comportamiento, las necesidades sociales, el estado funcional, los aspectos de bienestar y prevención, el estado y las habilidades del cuidador, así como las preferencias, las fortalezas y las metas que usted tenga.

Evaluación de riesgos para la salud: Revisión del historial médico y de la condición actual de un paciente. Se usa para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: Permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Facturación indebida o inapropiada: Situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que el costo compartido del plan por los servicios. Muestre su Tarjeta de ID de Miembro de UnitedHealthcare Connected® cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Si recibe alguna factura que no comprende, llame a Servicio al Cliente. Dado que UnitedHealthcare Connected® paga el costo total de sus servicios, usted no debe pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Farmacia que ha convenido surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han convenido trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura solamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no ha convenido trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de su bolsillo: El requisito de costo compartido para los miembros, que deben pagar una parte de los servicios o los medicamentos que obtienen, también se llama requisito de gastos “de su bolsillo”. Consulte la definición de “costo compartido” indicada anteriormente.

Guía para Miembros y Divulgación de Información: Este documento, junto con su solicitud de inscripción y todo otro documento adjunto o cláusula adicional, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Herramienta de Beneficios en Tiempo Real: Portal o aplicación informática en que los miembros pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica del miembro sobre los medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye los costos compartidos, los medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma condición de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (preautorización, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Indicación medicamento aceptada: Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o cuenta con el respaldo de ciertas fuentes de referencia.

Información de salud personal (personal health information, PHI) (también llamada Información de salud protegida): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número del Seguro Social, visitas médicas e historial médico. Para obtener más información sobre cómo UnitedHealthcare Connected® protege, usa y divulga su información de salud personal, así como sus derechos con respecto a su información de salud personal, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de UnitedHealthcare Connected®.

Límites de cantidad: Límite en la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Los límites pueden ser en la cantidad del medicamento que cubrimos por cada medicamento con receta.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): Lista de los medicamentos con receta que cubre el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le indica si hay alguna regla que usted tenga que seguir para obtener sus medicamentos. A veces, a la Lista de Medicamentos se le llama “formulario”.

Medicaid (o Asistencia Médica): Programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo.

- Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.
- Los programas de Medicaid varían según el estado, pero, si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos.
- Para obtener información sobre cómo comunicarse con Texas Medicaid, consulte la Sección H del Capítulo 2, página 24.

Medicamento necesario: Describe los servicios, los suministros o los medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un asilo de convalecencia. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen los estándares de la medicina aceptados.

Medicamento de marca: Medicamento con receta que elabora y vende la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Medicamento genérico: Medicamento con receta que está aprobado por el gobierno federal para ser usado en lugar de un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente cuestan menos y surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca.

Medicamentos cubiertos: Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Es posible que Texas Medicaid cubra algunos de estos medicamentos.

Medicamentos sin receta (over-the-counter, OTC): Todo medicamento que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de cuidado de la salud.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de tarifa por servicio): Medicare Original es ofrecido por el gobierno. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago de las cantidades establecidas por el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud.

- Usted puede usar cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.
- Si usted no desea estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Medicare: Programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o de un Plan de Cuidado administrado (consulte “Plan de salud”).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Beneficiario de Medicare y de Texas Medicaid que califica para recibir servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el estado.

Miembro de Medicare-Medicaid: Persona que califica para la cobertura de Medicare y de Texas Medicaid. A los miembros de Medicare-Medicaid también se les llama “beneficiarios con elegibilidad doble”.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Nivel de costo compartido: Grupo de medicamentos que tienen el mismo copago. Cada medicamento de la **Lista de Medicamentos Cubiertos** (también conocida como la Lista de Medicamentos) está asignado a uno de 3 niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento.

Ombudsman: Oficina de su estado que trabaja como defensora en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. Usted puede encontrar más información sobre el ombudsman en los Capítulos 2 y 9 de esta guía.

Organización para el mejoramiento de la calidad (quality improvement organization, QIO): Grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para los beneficiarios de Medicare. El gobierno federal les paga para que verifiquen y mejoren el cuidado que reciben los pacientes. Consulte la Sección F del Capítulo 2, página 22, para obtener información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado.

Paciente hospitalizado: Término usado cuando usted ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fue admitido formalmente, aún se le podría considerar un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

Parte A: Consulte “Parte A de Medicare”.

Parte A de Medicare: Programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios médicamente necesarios de cuidado hospitalario, de cuidado en un centro de enfermería especializada, de cuidado de asistencia médica a domicilio y de cuidados paliativos.

Parte B: Consulte “Parte B de Medicare”.

Parte B de Medicare: Programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C: Consulte “Parte C de Medicare”.

Parte C de Medicare: Programa de Medicare que permite a las compañías de seguros de salud privadas proporcionar beneficios de Medicare a través de un Plan Medicare Advantage.

Parte D: Consulte “Parte D de Medicare”.

Parte D de Medicare: Programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para abreviar, a este programa lo llamamos “Parte D”.) La Parte D cubre los medicamentos con receta, las vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare ni por Texas Medicaid. UnitedHealthcare Connected® incluye la Parte D de Medicare.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Plan de Cuidado: Plan de Cuidado centrado en la persona que describe los servicios para el cuidado de la salud que usted recibirá y la forma en que los recibirá. El plan es desarrollado por el Coordinador de Servicios, junto con usted, su familia, según corresponda, y sus proveedores. El Plan de Cuidado contendrá su historial médico; un resumen de sus necesidades, problemas y metas sociales y de salud actuales, a corto plazo y a largo plazo; y una lista de los servicios requeridos, su frecuencia y una descripción de quiénes prestarán dichos servicios.

Plan de salud: Organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo, así como otros proveedores. También cuenta con Coordinadores de Servicios para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.

Plan Medicare Advantage: Programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes Medicare Advantage (MA)”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Plan Medicare-Medicaid (Medicare-Medicaid Plan, MMP): Un Plan Medicare-Medicaid es una organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyos y servicios a largo plazo, así como otros proveedores. También cuenta con Coordinadores de Servicios para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.

Preautorización (prior authorization, PA): Aprobación de UnitedHealthcare Connected® que usted debe obtener antes de poder recibir un servicio o un medicamento específicos, o de usar un proveedor fuera de la red. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que UnitedHealthcare Connected® no cubra el servicio o el medicamento.

Algunos servicios médicos de la red solamente están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen la preautorización de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan la preautorización de nuestro plan se indican en la Tabla de Beneficios de la Sección D del Capítulo 4, página 57.

Algunos medicamentos están cubiertos solamente si usted obtiene nuestra preautorización.

- Los **medicamentos** cubiertos que necesitan la preautorización de nuestro plan se indican en la **Lista de Medicamentos Cubiertos**.

Programa Ayuda Adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. También se le llama “Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” (“LIS”).

Programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI): Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, y que sean discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del programa Seguridad de Ingreso Complementario no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Prótesis y Ortesis: Dispositivos médicos que le indica su médico u otro proveedor de cuidado de la salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, abrazaderas ortopédicas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluso los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP): Su proveedor de cuidado primario es el médico u otro proveedor que usted usa primero para la mayoría de los problemas de salud.

- Este proveedor se asegura de que usted reciba el cuidado que necesite para mantenerse saludable. También es posible que hable con otros médicos y proveedores de cuidado de la salud sobre su cuidado, y que le refiera a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe usar su proveedor de cuidado primario antes de consultar a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.
- Para obtener información sobre cómo recibir cuidado de proveedores de cuidado primario, consulte la Sección D del Capítulo 3, página 34.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le prestan servicios y cuidado. El término también incluye hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios para el cuidado de la salud, equipos médicos y apoyos y servicios a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios para el cuidado de la salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando han convenido trabajar con el plan de salud y aceptar nuestro pago sin cobrar una cantidad adicional a nuestros miembros.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos. A los proveedores de la red **también se les llama “proveedores del plan”**.

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: Proveedor o centro que no es empleado de nuestro plan, no es propiedad de este ni es operado por este, y que no tiene un contrato para prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La Sección D del Capítulo 3, página 34, explica los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: Declaración verbal o escrita en la que usted expresa un problema o una inquietud sobre su cuidado o sus servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su cuidado, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

Queja formal: Queja que usted presenta sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad del cuidado que recibió.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Referencia: Una referencia significa que su proveedor de cuidado primario (PCP) debe darle su aprobación para que usted pueda usar otro proveedor. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que UnitedHealthcare Connected® no cubra los servicios. No necesita una referencia para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las referencias en el Capítulo 3 y sobre los servicios que requieren referencias en el Capítulo 4.

Servicio al Cliente: Departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte la Sección A del Capítulo 2, página 16, para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio al Cliente.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluso nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: Término general que usamos para referirnos a todos los servicios para el cuidado de la salud, apoyos y servicios a largo plazo, suministros, medicamentos con receta y sin receta, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que usted recibe para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación, consulte la Sección D del Capítulo 4, página 57.

Subsidio para personas de bajos ingresos (low-income subsidy, LIS): Consulte “Programa Ayuda Adicional”.

Terapia escalonada: Regla de cobertura que le exige probar primero otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted pide.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected® al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Connected® (Plan Medicare-Medicaid):



Llame al **1-800-256-6533**

Las llamadas a este número son gratuitas.

De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Después del horario de atención, llame a nuestra NurseLine al **1-844-222-7323**. Si cree que necesita cuidado de emergencia, llame al **911** o vaya al hospital o al centro de emergencias más cercano. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas.

De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Después del horario de atención, llame a nuestra NurseLine al **1-844-222-7323**.



Escriba a: **UnitedHealthcare Community Plan**

P.O. Box 30770

Salt Lake City, TX 77478



es.UHCCommunityPlan.com

es.myuhc.com/CommunityPlan