



Washington, DC

Bienvenido a la comunidad

District Dual Choice Program (Programa de Elección Dual del Distrito) Manual del afiliado

Servicios para Afiliados:

1-866-242-7726, TTY 711

8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo;

8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre

myuhc.com/CommunityPlan

CSDC22MC5132271_000

United
Healthcare
Community Plan



UnitedHealthcare Community Plan

Usted puede llamarnos sin cargo al **1-866-242-7726**, TTY **711**,
8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes.
Este número también se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

655 New York Avenue NW
Washington, DC 20001

English

If you do not speak and/or read English, please call **1-866-242-7726**, TTY **711**, between 8:00 a.m.–5:30 p.m. EST, Monday–Friday, months April–September; 8:00 a.m.–8:00 p.m. EST, 7 days a week, months October–March. A representative will assist you.

Spanish

Si no habla ni lee en inglés, llame al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. hora del este, de abril a septiembre; y los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de octubre a marzo. Un representante le brindará asistencia.

Amharic

እንግሊዘኛ የማይናገሩ እና/ወይም የማያነቡ ከሆነ፣ እባክዎን በ1-866-242-7726፣ TTY 711፣ ከቀኑ 8:00am - 5:30pm EST፣ ከሰኞ - አርብ፣ ወራት ከኤፕሪል - ሴፕቴምበር፣ 8:00am - 8:00pm EST፣ በሰኞንት 7 ቀናት፣ ወራት ከኦክቶበር - ማርች። አንድ ተወካይ ይረዳዎታል።

Vietnamese

Nếu quý vị không nói và/hoặc đọc được tiếng Anh, vui lòng gọi đến số 1-866-242-7726, TTY (Thoại văn bản) 711, từ 8:00 sa – 5:30 ch, giờ Chuẩn Miền Đông (EST), từ thứ Hai – thứ Sáu trong tháng Tư – tháng Chín; 8:00 sa – 8:00 tối, giờ Chuẩn Miền Đông (EST), 7 ngày một tuần trong tháng Mười – tháng Ba. Một nhân viên sẽ hỗ trợ cho quý vị.

Korean

영어로 말하거나 읽지 못하는 경우, 4월~9월에는 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 30분(동부 표준시), 10월~3월에는 주 7일 오전 8시~오후 8시(동부 표준시)에 1-866-242-7726, TTY 711로 전화하십시오. 담당자가 도움을 드릴 것입니다.

French

Si vous ne savez pas parler et/ou lire l'anglais, veuillez composer le numéro 1-866-242-7726, télécopieur 711, de 8:00 à 17:30 (heure normale de l'Est), du lundi au vendredi, d'avril à septembre ; de 8:00 à 20:00 (heure normale de l'Est), 7 jours sur 7, d'octobre à mars. Un représentant vous aidera.

Arabic

إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية و/أو لا تجيد قراءتها، فيرجى الاتصال على 1-866-242-7726، الهاتف النصي 711، بين 8:00 صباحًا و5:30 مساءً بتوقيت شرق الولايات المتحدة، من الإثنين إلى الجمعة، من أبريل إلى سبتمبر؛ ومن 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً بتوقيت شرق الولايات المتحدة، 7 أيام في الأسبوع، من أكتوبر إلى مارس. وسيساعدك أحد ممثلي الخدمة.

Mandarin

如果您不会说和/或阅读英语，请在四月至九月之间，于周一至周五，上午 8:00 至下午 5:30（美国东部标准时间）；在十月至三月之间，每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00（美国东部标准时间），致电 1-866-242-7726，听障专线 (TTY) 711。一位代表将为您提供帮助。

Russian

Если вы не говорите и/или не читаете по-английски, позвоните по телефону 1-866-242-7726, TTY 711, 08:00 – 17:30 по восточному поясному времени, с понедельника по пятницу, с апреля по сентябрь; 08:00 – 20:00 по восточному поясному времени, 7 дней в неделю, с октября по март. Наш представитель поможет Вам.

Burmese

သင်အင်္ဂလိပ်စကား မပြောလျှင် နှင့်/သို့မဟုတ် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားကို မဖတ်တတ်လျှင်၊ ဧပြီလမှ စက်တင်ဘာလအတွင်းဖြစ်ပါက၊ တနင်္လာနေ့မှ သောကြာနေ့၊ အရှေ့ပိုင်းစံတော်ချိန် နံနက် 8:00 နာရီမှ ညနေ 5:30 အတွင်းနှင့် အောက်တိုဘာလမှ မတ်လအတွင်းဖြစ်ပါက၊ တစ်ပတ်လျှင် 7 ရက်လုံး၊ အရှေ့ပိုင်းစံတော်ချိန်၊ နံနက် 8:00 နာရီမှ ည 8:00 နာရီအတွင်း 1-866-242-7726၊ TTY 711 ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးက သင့်အား အကူအညီပေးသွားပါမည်။

Cantonese

如果您不會說和/或閱讀英語，請在美國東部標準時間週一至週五、四月至九月的上午 8:00 至下午 5:30 之間致電 1-866-242-7726，聽障專線 (TTY) 711；美國東部標準時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週 7 天，十月至三月。代表將為您提供協助。

Farsi

اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنید و یا متن نمی‌خوانید، لطفاً از ساعت 8:00 صبح تا 5:30 عصر EST، از دوشنبه تا جمعه، ماههای آوریل تا سپتامبر؛ 8:00 صبح تا 8:00 شب EST، 7 روز هفته، ماههای اکتبر تا مارس با TTY 711، 1-866-242-7726 تماس بگیرید. یکی از نمایندگان به شما کمک خواهد کرد.

Polish

Jeśli nie mówisz i/lub nie czytasz po angielsku, prosimy o kontakt pod numerem 1-866-242-7726, TTY 711, w godzinach 8:00 – 7:30 EST, od poniedziałku do piątku, w miesiącach kwiecień – wrzesień; 8:00 – 20:00 EST, 7 dni w tygodniu, w miesiącach październik – marzec. Przedstawiciel firmy udzieli Ci pomocy.

Portuguese

Se não fala e/ou não lê inglês, ligue para o 1-866-242-7726, TTY 711, entre as 8:00h - 17:30h EST, de segunda a sexta-feira, nos meses de abril - setembro; 8:00h - 20:00h EST, 7 dias por semana, nos meses de outubro – março. Um representante irá ajudá-lo(a).

Punjabi

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਬੋਲਦੇ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਪੜ੍ਹਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-866-242-7726, TTY 711 ਨੂੰ, ਅਪ੍ਰੈਲ - ਸਤੰਬਰ ਮਹੀਨੇ ਲਈ ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5:30 ਵਜੇ EST; ਅਕਤੂਬਰ - ਮਾਰਚ ਮਹੀਨੇ ਲਈ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8:00 ਵਜੇ EST ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇੱਕ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰੇਗਾ।

Haitian Creole

Si ou pa pale ak/oswa li anglè, tanpri rele 1-866-242-7726, TTY 711, ant 8:00am – 5:30pm EST, lendi – vandredi, pou mwa avril – septanm; 8:00am – 8:00pm EST, 7 jou nan yon semèn, pou mwa oktòb – mas. Yon reprezantan pral ede ou.

Hindi

यदि आप अंग्रेज़ी बोल और/या पढ़ नहीं पाते हैं, तो कृपया 1-866-242-7726, TTY 711 पर, सुबह 8:00 – शाम 5:30 EST, सोमवार – शुक्रवार, महीने अप्रैल – सितम्बर; सुबह 8:00 – शाम 8:00 EST, 7 दिन प्रति सप्ताह, महीने अक्टूबर – मार्च संपर्क करें। एक प्रतिनिधि आपकी सहायता करेगा।

Somali

Haddii aadan ku hadlin iyo/ama akhrin Ingiriisi, fadlan wac 1-866-242-7726, TTY 711, inta u dhexaysa 8:00 subaxnimo – 5:30 galabnimo EST, Isniinta – Jimcaha, billaha Abriil – Sitembar; 8:00 subaxnimo – 8:00 galabnimo EST, 7 maalin isbuucii, billaha Oktoobar – Maarso. Wakiil ayaa ku caawin doona.

Hmong

Yog koj hais lus As Kiv tsis tau thiab/los sis nyeem ntawv As Kiv tsis tau, ces hu rau 1-866-242-7726, TTY 711, thaj tsam thaum 8:00 teev sawv ntxov – 5:30 teev yav tsaus ntuj EST, hnuv Monday – Friday, lub Plaub Hlis Ntuj – Cuaj Hli Ntuj; 8:00 teev sawv ntxov – 8:00 teev tsaus ntuj EST, 7 hnuv hauv ib lub vij, Lub Kaum Hli Ntuj – Peb Hlis Ntuj. Ib tug neeg sawv cev yuav los pab koj.

Italian

Se non si parla e/o legge in lingua inglese, si prega di chiamare il numero +1 866 242 7726, TTY 711, dalle 8:00 alle 17:30 ora standard orientale, da lunedì a venerdì, nei mesi da aprile a settembre; e dalle 8:00 alle 20:00 ora standard orientale, 7 giorni su 7, nei mesi da ottobre a marzo. Si riceverà assistenza da un rappresentante.

Tagalog

Kung hindi ka nagsasalita at/o nagbabasa ng English, pakitawagan ang 1-866-242-7726, TTY 711, sa pagitan ng 8:00am – 5:30pm EST, Lunes – Biyernes, mga buwan ng Abril – Setyembre; 8:00am – 8:00pm EST, 7 araw sa isang linggo, mga buwan ng Oktubre – Marso. Tutulungan ka ng isang kinatawan.

Japanese

英語を話したり読んだりできない場合は、以下の時間帯に電話(1-866-242-7726、TTY 711)でお問合せください。4月～9月、午前8:00～午後5:30(東部標準時)、月曜日～金曜日。10月～3月、午前8:00～午後8:00(東部標準時)、週7日間。担当者がお手伝いいたします。

Números importantes de teléfono

Para preguntas acerca de su plan:	Servicios para Afiliados	1-866-242-7726 , TTY 711 (Gratis)	8:00 a.m.–5:30 p.m., de lunes a viernes
	Servicios para Afiliados TTY/TDD	1-866-242-7726 , TTY 711 (Gratis)	8:00 a.m.–8:00 p.m., los 7 días de la semana
Sí usted necesita cuidados médicos cuando está cerrada la oficina de su doctor:	Línea de Enfermeras	1-877-440-9407 , TTY 711 (Gratis)	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
	Línea de Enfermeras TTY/TDD	1-877-440-9407 , TTY 711 (Gratis)	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Si usted necesita ver a un doctor dentro de 24 horas ("Atención de urgencia"):	La oficina de su PCP	(Complete aquí la información de su PCP)	
	Línea de Enfermeras	1-877-440-9407 , TTY 711 (Gratis)	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Sí usted necesita transporte a una cita:	Servicios para Afiliados	1-866-242-7726 , TTY 711 (Gratis)	8:00 a.m.–5:30 p.m., de lunes a viernes
Si usted necesita atención médica mental o tiene una pregunta acerca de salud mental:	Oficina de su PCP	(Complete aquí la información de su PCP)	
	Línea de Enfermeras	1-877-440-9407 , TTY 711 (Gratis)	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
	Línea directa del Departamento de DC de acceso a la salud conductual	1-888-793-4357	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Si usted necesita de alguien que hable su idioma o si tiene problemas de audición:	Servicios para Afiliados	1-866-242-7726 , TTY 711 (Gratis)	8:00 a.m.–5:30 p.m., de lunes a viernes
	Servicios para Afiliados TTY/TDD	1-866-242-7726 , TTY 711 (Gratis)	8:00 a.m.–5:30 p.m., de lunes a viernes
Preguntas dentales:	Servicios para Afiliados	1-866-242-7726 , TTY 711 (Gratis)	8:00 a.m.–5:30 p.m., de lunes a viernes
Preguntas de la visión:	Servicios para Afiliados	1-866-242-7726 , TTY 711 (Gratis)	8:00 a.m.–5:30 p.m., de lunes a viernes
Preguntas acerca de los cuidados médicos a largo plazo:	Servicios para Afiliados	1-866-242-7726 , TTY 711 (Gratis)	8:00 a.m.–5:30 p.m., de lunes a viernes
En caso de emergencia, marque el 911 o acuda a la sala de emergencia más cercana.			

6 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711**.

Información personal

Mi número de identificación de Medicaid:

Mi proveedor de atención primaria (PCP):

La dirección de mi proveedor de atención primaria (PCP):

El número de teléfono de mi proveedor de atención primaria (PCP):

Mi proveedor de atención dental primaria (PDP):

La dirección de mi proveedor dental de atención primaria (PDP):

El número de teléfono de mi proveedor dental de atención primaria (PDP):

Mi Administrador de cuidados:

El teléfono de mi Administrador de cuidados:

Tabla de contenido

Números importantes de teléfono	6
Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan	11
Cómo funciona este manual	12
Cómo puede ayudarle este manual	13
Sus derechos y responsabilidades	14
Sus derechos	14
Sus responsabilidades	16
Su tarjeta de identificación de afiliado	18
Sus proveedores de atención	19
Su proveedor de atención primaria (PCP)	19
Elección de su PCP	19
Cómo cambiar de PCP	20
Su proveedor dental primario (PDP)	21
Elección de su PDP	21
Cómo cambiar su PDP	21
Atención médica de rutina, atención médica de urgencia y atención médica de emergencia	22
Atención médica de rutina	22
Atención médica de urgencia	22
Atención médica de emergencia	23
Cuidados médicos cuando usted está fuera de la ciudad	24
Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	26
Administración de atención y coordinación de atención	27
Proveedores dentro y fuera de la red	28

Para hacer una cita	29
Para programar una cita con su PCP	29
Para cambiar o cancelar una cita	29
Para recibir atención médica cuando el consultorio de su PCP o PDP está cerrado	30
¿Cuánto tiempo toma poder ver a su doctor?	30
Servicios de apoyo	32
Servicios de transporte	32
Servicios de interpretación y traducción	33
Servicios de ayuda auxiliar para personas con discapacidad visual y auditiva	33
Atención médica especializada y referencias	34
Cómo obtener atención médica especializada	35
Servicios de autorreferencia	35
Servicios de salud mental	36
Servicios para problemas de alcoholismo u otras drogas	36
Control de la natalidad y otros servicios de planificación familiar	37
Servicios de farmacia y medicamentos recetados	39
Cobertura cuando viaja o fuera del área de servicio	40
Administración de Enfermedades	41
Servicios para evitar que los adultos se enfermen	42
Recomendaciones para chequeos ("exámenes")	42
Asesoramiento preventivo	42
Inmunizaciones para adultos	43
Embarazo	43
Sus beneficios para la salud	44
Servicios de salud cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan	45
Servicios no cubiertos	56
Transición de la atención médica	58

Otras cosas importantes que usted debe conocer	59
¿Qué debo hacer si me mudo?	59
¿Qué hago si tengo un bebé?	59
¿Qué hago si adopto un niño?	59
¿Qué tengo que hacer si fallece alguien de mi familia?	59
¿Cómo puedo cambiar de plan?	60
Qué hacer si recibo una factura por un servicio cubierto	60
Pago por servicios no cubiertos	61
Directivas anticipadas	61
Qué necesito hacer si tengo otro seguro	61
Fraude	62
Información especial acerca de cómo nosotros les pagamos a sus doctores	62
Problemas y quejas	63
Decisiones de cobertura	64
Quejas, apelaciones y Audiencias Imparciales	67
Reclamaciones	67
Apelaciones y Audiencias Imparciales	68
Sus derechos durante los procesos de quejas formales, apelaciones y Audiencias Imparciales	74
Aviso de prácticas de privacidad	78
Programa de Defensor del pueblo de atención médica (Ombudsman)	84
Definiciones	85

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan

Gracias por haber elegido a UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan opera el Programa de Dual Choice (Opción dual) del Distrito. El Programa District Dual Choice ofrece beneficios cubiertos por Medicaid y Medicare (UnitedHealthcare Community Plan® Dual Complete).

- Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal)
- Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y del Distrito que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido obtener su atención médica de Medicare y Medicaid y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan. Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. UnitedHealthcare Community Plan ofrece un plan Medicare Advantage especializado (un “Plan para necesidades especiales” de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Este plan está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

UnitedHealthcare Community Plan es una empresa privada. Este plan está aprobado por Medicare. El plan también está aprobado por el Distrito para cubrir sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle su cobertura de atención médica de Medicare y Medicaid, incluida su cobertura de medicamentos recetados.

UnitedHealthcare Community Plan apoya los objetivos del Distrito de Columbia de mayor acceso, mejores resultados de salud y costos reducidos al ofrecer beneficios de Medicaid a los siguientes afiliados del programa:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+):** Obtiene la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y también es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga las primas, los deducibles, el coseguro y los copagos de las Partes A y B de Medicare por los servicios cubiertos por Medicare. No se paga nada, excepto los copagos de medicamentos recetados de la Parte D (si corresponde).

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 11
o llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY 711.

-
- **Beneficios completos de elegibilidad doble (FBDE):** Medicaid puede brindar asistencia limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también brinda beneficios completos de Medicaid. Es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Su costo compartido es 0% cuando el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid.
 - **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Obtiene la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare, pero no es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga las primas, los deducibles, el coseguro y los copagos de las Partes A y B de Medicare solo por los servicios cubiertos por Medicare. No se paga nada, excepto los copagos de medicamentos recetados de la Parte D (si corresponde).

La cobertura bajo este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio en internet del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Cómo funciona este manual

Este manual le brinda detalles sobre su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare y Medicaid para 2022. Este manual explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que paga como afiliado del plan.

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le animamos a que dedique algo de tiempo a leer este manual. Si está confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el número de Servicios para Afiliados de nuestro plan al **1-866-242-7726**, TTY **711**.

Cómo puede ayudarle este manual

Este manual del afiliado puede indicarle a usted:

- Cómo acceder la atención médica
- Sus servicios cubiertos
- Servicios NO cubiertos
- Cómo elegir su proveedor de atención primaria y su proveedor dental primario (su PCP o PDP)
- Qué hacer si se enferma
- Qué debe hacer si tiene una reclamación o desea cambiar (apelar) una decisión de UnitedHealthcare Community Plan

Este Manual del afiliado le brinda información básica acerca de cómo funciona el District Dual Choice Program. Llame a Servicios para Afiliados entre las 8:00 a.m. y las 5:30 p.m. de lunes a viernes si usted tiene preguntas adicionales acerca de su plan.

Sus derechos y responsabilidades

Sus derechos

- Que se mantenga en privado sus comunicaciones con sus doctores y proveedores
- Que den explicaciones acerca de su enfermedad o tratamiento en un idioma que pueda comprender
- A participar en las decisiones acerca de su atención médica, incluyendo el derecho a rechazar el tratamiento
- A recibir una explicación completa, clara y comprensible de las opciones de tratamiento y los riesgos que tenga cada opción para que usted pueda tomar una decisión informada
- A rechazar el tratamiento o la atención médica
- A conocer y recibir una copia de sus expedientes médicos y solicitar una enmienda o cambio, si el expediente es incorrecto
- A estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión que se utilice como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia
- A tener acceso a los servicios de atención médica que están disponibles y a recibirlos de manera oportuna
- A elegir a un PCP/PDP disponible dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan y el derecho a cambiar su PCP/PDP
- A presentar una reclamación y recibir una respuesta acerca de la atención médica que se le brindó
- A solicitar una apelación o una Audiencia Estatal Imparcial si usted piensa que UnitedHealthcare Community Plan se equivocó al negar, reducir o detener un servicio o artículo
- A recibir servicios y suministros de planificación familiar del proveedor de su elección
- A obtener atención médica sin demoras innecesarias
- A recibir una segunda opinión de un profesional de la salud calificado dentro de la red o, si es necesario, obtener una opinión por fuera de la red, sin costo para usted
- A recibir información acerca de las Directivas anticipadas y optar por no recibir o continuar ningún tratamiento de soporte vital

Sus derechos y responsabilidades

- A recibir una copia del Manual de afiliados y/o el Directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan
- A continuar el tratamiento que usted está recibiendo actualmente hasta que tenga un nuevo plan de tratamiento
- A recibir servicios de interpretación y traducción sin cargo
- A rechazar los servicios de interpretación oral
- A recibir servicios de transporte sin cargo
- A obtener una explicación de los procedimientos de autorización previa
- A recibir información acerca de la situación financiera de UnitedHealthcare Community Plan y de las formas especiales en las que pagamos a nuestros doctores
- A obtener resúmenes de las encuestas de satisfacción del cliente
- A recibir la política de "dispensación según lo escrito" de UnitedHealthcare Community Plan para los medicamentos recetados
- A recibir una lista de todos los medicamentos cubiertos
- A ser tratado con respeto y con la debida consideración por su dignidad y derecho a la privacidad

Hay varios lugares más en donde usted puede obtener más información acerca de sus derechos:

- Usted puede llamar a Servicios para Afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto)
- Puede comunicarse con Medicare
 - Puede visitar el sitio en internet de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.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.
- Puede comunicarse con Medicaid
 - Puede visitar el sitio web de DHCF (<https://www.dc-medicaid.com/dcwebportal/nonsecure/recipientInformation>)
 - Puede llamar a la Oficina del Defensor del Pueblo y la Declaración de Derechos de Atención Médica del Distrito al 202-724-7491, TTY 711

Sus responsabilidades

Aquellas actividades que usted debe llevar a cabo como miembro del plan se enumeran a continuación. Si usted tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711**. Estamos aquí para ayudarlo.

- Tratar a quienes le brindan atención médica con respeto y dignidad
- Familiarizarse con sus servicios cubiertos y las reglas que usted debe seguir para obtener estos servicios cubiertos. Utilice este manual para saber qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
- Seguir las reglas del District Dual Choice Program y UnitedHealthcare Community Plan
- Seguir las instrucciones que recibe de sus doctores y otros proveedores
- Ir a las citas programadas
- Informar a su doctor al menos 24 horas antes de la cita si tiene que cancelar la cita
- Solicitar más explicaciones si no comprende las instrucciones de su doctor
- Ir a la sala de emergencias solo si tiene una emergencia médica
- Informar a su PCP/PDP acerca de problemas médicos y personales que pueden afectar su salud
- Informar a la Administración de Seguridad Económica (ESA) y UnitedHealthcare Community Plan si usted o un miembro de su familia tiene otro seguro médico o si ha cambiado de dirección o número de teléfono
- Informar a la Administración de Seguridad Económica (ESA) y UnitedHealthcare Community Plan si hay un cambio en su familia (es decir, muertes, nacimientos, etc.)
- Intentar comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de los objetivos del tratamiento
- Ayudar a su doctor a obtener los expedientes médicos de proveedores que le hayan tratado en el pasado
- Informar a UnitedHealthcare Community Plan si se lesionó como resultado de un accidente o en el trabajo
- Informar a su doctor y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado de UnitedHealthcare Community Plan siempre que reciba atención médica o medicamentos recetados.


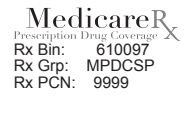
Sus derechos y responsabilidades




- Ayudar a sus doctores y a otros proveedores ofreciéndoles información para que le ayuden a usted, haga preguntas y de seguimiento a su atención médica
 - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerden con sus médicos.
 - Asegúrese de que sus doctores conozcan todos los medicamentos que usted está tomando, incluyendo los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos
 - Si usted tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla. Se supone que sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.
- Ser considerado. Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su doctor, hospitales y otros consultorios.
- Informarnos si se muda. Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para Afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - Si se muda fuera del distrito, no puede permanecer inscrito en nuestro plan. Nosotros podemos ayudarlo a determinar si se muda fuera de nuestra área de servicio. Si abandona nuestra área de servicio, tendrá un período de inscripción especial en el que podrá inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - Si se muda dentro de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo para poder mantener vigente su expediente de afiliado y saber cómo comunicarnos con usted
 - Si se muda, también es importante que se lo comunique a la Administración de Seguridad Económica y al Seguro Social de DC (o la Junta de Jubilación Ferroviaria)
- Llamar a Servicios para Afiliados para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes. También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y el horario de atención de Servicios para Afiliados están impresos en la contraportada de este folleto

Su tarjeta de identificación de afiliado

Una vez que usted esté inscrito en el Plan, le enviaremos una tarjeta de identificación de afiliado por correo. Esta tarjeta les permite a sus doctores, hospitales, farmacias y otras personas saber que usted es un afiliado de UnitedHealthcare Community Plan. Asegúrese que la información de su tarjeta de identificación de afiliado sea correcta. Si hay algún problema o si ha perdido su tarjeta, llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711**. Cada afiliado a UnitedHealthcare Community Plan tiene su propia tarjeta. Es contra la ley permitir que otra persona use su tarjeta de identificación de afiliado.

Su tarjeta de identificación de afiliado se ve así:

	
Health Plan (80840)	911-87726-04
Member ID: 001500025	Group Number: DCDSNP
Member: NEW M ENGLISH	Payer ID: 87726
Medicaid ID: 9999999995	
PCP Name: DOUGLAS GETWELL	
PCP Phone: (717) 851-6816	
S1803 MT ROSE AVE STE B3 YORK, VA 174033051	
H2228-045	UnitedHealthcare Dual Complete(PPO D-SNP) Medicare limiting charges applied

In an emergency go to nearest emergency room or call 911.		Printed: 01/10/22
Website:	www.UHCCommunityPlan.com	
Customer Service:	1-866-242-7726	TTY 711
NurseLine:	1-877-440-9407	TTY 711
Behavioral Health:	1-866-242-7726	TTY 711
Dental:	1-866-242-7726	TTY 711
For Providers:	UHCprovider.com	1-888-350-5608
Medical Claims:	PO Box 5240, Kingston, NY, 12402-5240	
For Dental Providers: UHCproviders.com 1-844-275-8750		
  		
Pharmacy Claims:	OptumRX, PO Box 650287, Dallas, TX 75265-0287	
For Pharmacists:	877-889-6510	

Cada afiliado a UnitedHealthcare Community Plan tiene su propia tarjeta. Es contra la ley permitir que otra persona use su tarjeta de identificación de afiliado.

Recuerde siempre llevar consigo su tarjeta de de identificación de afiliado y una identificación con su fotografía. Siempre muestre su tarjeta antes de recibir tener atención médica o recibir medicamentos en una farmacia.

Sus proveedores de atención

Su proveedor de atención primaria (PCP)

Ahora que usted está inscrito en UnitedHealthcare Community Plan, su PCP (proveedor de atención primaria) le ayudará a usted y a su familia a obtener la atención médica que necesitan.

¿Qué es un “PCP” y qué hace el PCP por usted?

- Un proveedor de atención primaria (PCP) es un doctor de la red con licencia que usted selecciona para brindar o coordinar sus servicios cubiertos

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

- Los PCP son generalmente doctores que se especializan en medicina interna, medicina familiar o medicina general

¿Cuál es la función de mi PCP?

- Su relación con su PCP es importante porque su PCP es responsable de la coordinación de su atención médica. Su PCP también es responsable de sus necesidades de atención médica de rutina. Es posible que usted desee pedirle ayuda a su PCP para seleccionar a un especialista de la red y hacer un seguimiento con su PCP después de cualquier visita al especialista. Es importante que desarrolle y mantenga una relación con su PCP.

Es importante llamar primero a su PCP cuando necesite atención médica. Si usted tenía un PCP antes de inscribirse en UnitedHealthcare Community Plan, llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**. Nosotros podemos ayudarle a permanecer con ese PCP si así lo desea.

Elección de su PCP

1. Elija a un PCP al momento de inscribirse en el programa District Dual Choice con UnitedHealthcare Community Plan. Esta persona será su PCP mientras usted esté inscrito en UnitedHealthcare Community Plan.
 - Si su PCP actual es un proveedor de la red de UnitedHealthcare Community Plan, usted puede permanecer con ese doctor
 - Si no tiene a un PCP, puede elegir de una lista de doctores en nuestro Directorio de proveedores o en <https://connect.werally.com/state-plan-selection/uhc.medicaid/state>

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 19
o llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY 711.

Sus proveedores de atención

- Llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711** si necesita ayuda para elegir a un doctor
 - Si no elige a un PCP dentro de los primeros 10 días de estar en nuestro plan, elegiremos a un doctor por usted. Si no le gusta el PCP que elegimos para usted, puede cambiarlo. Llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711** para cambiar su PCP.
 - UnitedHealthcare Community Plan le enviará una tarjeta de identificación de afiliado. Su tarjeta tendrá el nombre y el número de teléfono de su PCP.
2. Su PCP puede ser uno de los siguientes:
 - Doctor de familia y de medicina general — Que, por lo general, toda la familia puede consultar
 - Doctor de medicina interna — Por lo general, solo atiende a adultos y niños mayores de 14 años
 - Obstetra/ginecólogo (OB/GYN) — Doctor que especializa en la atención médica de la salud y la maternidad de la mujer
 - Si tiene necesidades especiales de atención médica, usted puede elegir a un especialista como su PCP
 3. Cuando elija a su PCP, por favor:
 - Intente elegir un doctor que pueda referirlo al hospital que usted desee. No todos los doctores pueden enviar pacientes a todos los hospitales. Nuestro directorio de proveedores enumera a qué hospitales pueden enviarle los PCP. Usted también puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener ayuda.
 - A veces, el PCP que usted elige no podrá aceptar nuevos pacientes. Le informaremos si necesita elegir un doctor diferente.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan y usted tenga que buscar a un nuevo PCP. Si esto sucede, lo nosotros le ayudaremos a encontrar un nuevo PCP.

Si usted desea cambiar su PCP, llame a Servicios para Afiliados o ingrese en internet. Si necesita ayuda para elegir a un nuevo PCP, Servicios para Afiliados puede ayudarlo. Si el PCP acepta afiliados adicionales al plan, el cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Usted recibirá una nueva tarjeta de identificación de afiliado de UnitedHealthcare Community Plan que muestra el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Su proveedor dental primario (PDP)

Ahora que usted está inscrito en UnitedHealthcare Community Plan, su PDP (proveedor dental primario) lo ayudará a obtener la atención médica que necesita.

Es importante llamar primero a su PDP cuando necesite atención médica dental. Si usted tenía a un dentista antes de inscribirse en UnitedHealthcare Community Plan, llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711**. Nosotros podemos ayudarlo a permanecer con ese dentista si lo desea.

Elección de su PDP

1. Elija a un PDP al momento de inscribirse en UnitedHealthcare Community Plan. Esta persona será su PDP mientras usted esté inscrito en UnitedHealthcare Community Plan.
 - Si su PDP actual es un proveedor de la red de UnitedHealthcare Community Plan, usted puede permanecer con ese dentista
 - Si no tiene un PDP, puede elegir de una lista de dentistas en nuestro Directorio de proveedores o en **myuhc.com/CommunityPlan**
 - Llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711** si necesita ayuda para elegir a un dentista
2. Cuando elija su PDP, por favor:
 - Intente elegir un dentista que pueda referirle al hospital que usted desee. No todos los médicos pueden enviar pacientes a todos los hospitales. Nuestro Directorio de proveedores enumera a qué hospitales puede enviarle un PDP. También puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener ayuda.
 - A veces, el PDP que elija no podrá aceptar nuevos pacientes. Le informaremos si necesita elegir un dentista diferente.

Cómo cambiar su PDP

Puede cambiar su PDP en cualquier momento. Simplemente elija un nuevo PDP del Directorio de proveedores. Llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711** una vez que haya elegido un nuevo PDP. Si necesita ayuda para elegir un nuevo PDP, Servicios para Afiliados puede ayudarlo.

Atención médica de rutina, de urgencia y de emergencia

Hay tres (3) tipos de atención médica que usted puede necesitar: Atención médica de rutina, atención médica de urgencia o atención médica de emergencia.

Atención médica de rutina

La atención médica de rutina es la atención médica regular que recibe de su PCP. La atención médica de rutina también es la atención médica que recibe de otros doctores a los que su PCP lo refiere. La atención médica de rutina puede incluir chequeos, exámenes físicos, exámenes de salud y atención médica para problemas de salud como diabetes, hipertensión y asma. Si usted necesita atención médica de rutina, llame al consultorio de su PCP y solicite una cita.

Atención médica de urgencia

La atención médica de urgencia es la atención médica que necesita dentro de las 24 horas, pero no de inmediato. Los “servicios de urgencia” son como una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y pero que requiere atención médica inmediata. Una condición imprevista podría incluir un brote inesperado de una condición conocida que usted padece. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o usted no se puede acceder a ellos. Si necesita atención médica de urgencia, llame al consultorio de su PCP. Si el consultorio de su PCP está cerrado, deje un mensaje con la persona que conteste el teléfono cuando el consultorio esté cerrado. Después, llame a la Línea de ayuda de enfermería al 1-877-440-9407, TTY 711, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Una enfermera le ayudará a decidir si usted necesita ir al doctor de inmediato. La enfermera le dirá cómo recibir atención médica. No es necesario que vaya a la sala de emergencias ni use una ambulancia para la atención médica de rutina o de urgencia.

Atención médica de emergencia

La atención médica de emergencia es la atención médica que necesita de inmediato para una lesión o enfermedad grave y repentina (a veces potencialmente mortal). Usted tiene el derecho a utilizar cualquier hospital para recibir atención médica de emergencia. No se requiere autorización previa para los servicios de atención médica de emergencia.

Una “emergencia médica” es cuando usted, o cualquier otra persona con conocimientos medios de medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- Obtenga ayuda lo antes posible. Llame al **911** para obtener ayuda o vaya a una sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario que primero obtenga una aprobación o una referencia de su PCP.
- Tan pronto como sea posible, asegúrese que nuestro plan haya sido informado acerca de su emergencia. Necesitamos hacer un seguimiento de su atención médica de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos acerca de su atención médica de emergencia, generalmente dentro de 48 horas, llamando al número de Servicios para Afiliados.

Cuidados médicos cuando usted está fuera de la ciudad

Cuando necesite ver a un doctor o necesita obtener medicamentos cuando esté fuera de la ciudad, usted debe:

Atención médica de rutina:

Debe llamarnos y preguntarnos si pagaremos para que usted vea a un doctor u otro proveedor cuando esté fuera de la ciudad porque los doctores que no se encuentran en el Distrito de Columbia pueden no ser parte de UnitedHealthcare Community Plan. Si UnitedHealthcare Community Plan no lo autoriza antes de recibir la atención médica, usted deberá pagar por esa atención médica. Si necesita medicamentos de un doctor mientras está fuera de la ciudad, su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones.

Por lo general, nosotros cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia por fuera de la red solo cuando no se puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como afiliado de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, estos son los horarios en los que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia por fuera de la red.

- **Recetas para una emergencia médica:** Nosotros cubriremos las recetas que se surten en una farmacia por fuera de la red si las recetas están relacionadas con la atención médica de una emergencia o atención médicas de urgencia, están incluidas en nuestro formulario sin restricciones y no están excluidas de la cobertura de la Parte D de Medicare.
- **Si usted viaja dentro de los Estados Unidos y se enferma o se queda sin medicamentos recetados o los pierde,** nosotros cubriremos los medicamentos recetados que se surten en una farmacia por fuera de la red si sigue todas las demás reglas de cobertura
 - Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro del área de servicio porque una farmacia de la red no se encuentra a una distancia razonable en automóvil que brinde servicio las 24 horas
 - Si está tratando de surtir un medicamento recetado que no se encuentra regularmente en existencias en una farmacia minorista accesible de la red o en una farmacia preferida de pedido por correo de la red (incluidos medicamentos únicos y de alto costo)
 - Si necesita una receta mientras es paciente en un departamento de emergencias, una clínica basada en un proveedor, una cirugía para pacientes u otro entorno ambulatorio

Atención médica de rutina, de urgencia y de emergencia

Cobertura cuando viaja o fuera del área de servicio

Asegúrese de verificar el suministro de su medicamento antes de partir si toma un medicamento recetado con regularidad y se va de viaje; cuando sea posible, lleve consigo todos los medicamentos que necesitará. Es posible que usted pueda solicitar sus medicamentos recetados con anticipación a través de nuestra farmacia de la red preferida de servicio por correo o a través de nuestras otras farmacias de la red. Comuníquese con Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711** para obtener información acerca de cómo usted puede solicitar sus medicamentos recetados con anticipación.

En esas situaciones, consulte primero con Servicios para Afiliados para conocer si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de Servicios para Afiliados están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que usted deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Atención médica de urgencias:

Llame a su PCP. Si el consultorio de su PCP está cerrado, llame a la Línea de ayuda de enfermería al 1-877-440-9407, TTY 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Una enfermera le ayudará a decidir si necesita ir al médico de inmediato. La enfermera puede decirle cómo recibir atención. No es necesario que vaya a la sala de emergencias ni use una ambulancia para la atención de rutina o de urgencia.

Atención médica de emergencia:

Si usted tiene una emergencia, incluyendo una emergencia de salud mental, alcoholismo u otras drogas, vaya a la sala de emergencias (ER) más cercana para recibir atención de inmediato. Si usted va a la sala de emergencias, debe pedirle al personal de la sala de emergencias que llame a su PCP. Si usted acude a la sala de emergencias, debe llamar a Servicios para Afiliados lo antes posible. **No se requiere autorización previa para los servicios de atención de emergencia.**

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Usted puede ser elegible para los servicios de atención a largo plazo (LTSS). Esto incluye atención médica en un centro de enfermería o atención médica en su propio hogar. Estos servicios requieren autorización previa de UnitedHealthcare Community Plan y pueden requerir que se cumpla con ciertos requisitos.

Su Administrador de atención de LTSS puede ayudarlo para:

- Obtener servicios cubiertos, incluyendo la atención médica a largo plazo
- Organizar y brindar atención a los afiliados en sus hogares a través de exámenes clínicos, administración de atención médica completa y de emergencia y coordinación de la atención médica de transición después de una hospitalización grave
- Proporcionar un enfoque integrado para administrar todos los beneficios para los afiliados, incluyendo los servicios y apoyos a largo plazo
- Desarrollar y autorizar planes de servicio para afiliados y coordinar los Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)
- Programar citas y exámenes médicos
- Preparar el transporte
- Encontrar formas para asegurar que se obtenga el servicio adecuado
- Encontrar recursos para ayudar con las necesidades especiales de atención médica y/o sus cuidadores para manejar el estrés diario
- Obtener una conexión con la comunidad y los servicios sociales
- El seguimiento de los resultados clínicos
- Reunirse con los proveedores de atención para revisar cualquier omisión en la atención médica de los pacientes
- Hacer la transición a otro tipo de atención médica cuando finalicen sus beneficios o cuando elija cambiarse a otro tipo de cobertura de atención médica

Para obtener más información acerca del programa de atención clínica para las personas que necesitan servicios y apoyos a largo plazo, comuníquese con el programa de atención clínica de UnitedHealthcare at Home al 855-409-7073. Nuestro personal puede brindarle más información.

Administración de atención y coordinación de atención

UnitedHealthcare Community Plan ofrece servicios y programas especiales para brindarle ayuda adicional con sus necesidades de atención médica. Usted tendrá un equipo de administración de la atención médica que le ayudará a obtener los servicios y la información que necesita para controlar su enfermedad y mejorar su salud. Para obtener más información acerca de su equipo de administración de la atención médica, comuníquese con el programa de atención clínica de UnitedHealthcare at Home al 855-409-7073. Nuestro personal puede brindarle más información.

Proveedores dentro y fuera de la red

UnitedHealthcare Community Plan pagará la atención médica que usted reciba cuando visite a uno de nuestros doctores u otros proveedores de atención médica. A estos doctores y otros proveedores de atención médica los llamamos proveedores de nuestra "red". Todos estos doctores "dentro de la red" se pueden encontrar en su Directorio de proveedores. Un doctor o proveedor que no es uno de nuestros doctores se le denomina proveedor "fuera de la red".

Si usted visita a un doctor o proveedor "fuera de la red", es posible que deba pagar la atención médica que reciba. Es posible que UnitedHealthcare Community Plan no cubra los servicios si acude a un proveedor por fuera de la red. Llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711** para obtener una lista de proveedores, laboratorios u hospitales dentro de la red.

Si UnitedHealthcare Community Plan no tiene un proveedor dentro de la red que pueda brindar un servicio cubierto, nosotros aprobaremos a un proveedor por fuera de la red. El servicio cubierto debe ser un servicio que su PCP o equipo de atención médica indique que usted necesita (a esto se le denomina servicio médicamente necesario). La aprobación se le dará al proveedor fuera de la red por escrito. Este servicio se le proporcionará sin costo alguno para usted. Se le pagará al proveedor fuera de la red por todos los servicios aprobados durante el tiempo que usted los necesite.

Usted no tendrá que pagar si nos lo solicitó primero y lo hemos aprobado, generalmente por escrito. A esto lo llamamos "autorización previa". Una excepción es la atención médica de emergencia o la atención médica de urgencia. Su plan cubre cualquiera de estos servicios que reciba de un proveedor fuera de la red. UnitedHealthcare Community Plan proporcionará (de manera adecuada y oportuna) servicios cubiertos de un proveedor por fuera de la red aprobado si UnitedHealthcare Community Plan no tiene un proveedor dentro de la red que pueda realizar un servicio cubierto.

Autorización previa (PA) significa la aprobación de un servicio de salud que no está cubierto habitualmente por UnitedHealthcare Community Plan. Usted debe obtener esta aprobación antes de recibir el servicio. Llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711** para conocer cómo puede obtener una PA. Usted no necesita una PA para recibir atención médica de emergencia.

También, usted puede acudir a un proveedor de planificación familiar de su elección, incluso si se encuentra este proveedor por fuera de la red. No se requiere de una autorización previa.

Para hacer una cita

Para programar una cita con su PCP

- Tenga a mano su tarjeta de identificación de afiliado, un lápiz y papel
- Llame al consultorio de su PCP. Busque el número de teléfono de su PCP en el frente de su tarjeta de identificación de afiliado. También puede encontrarlo en su directorio de proveedores o en internet en <https://connect.werally.com/state-plan-selection/uhc.medicaid/state>.
- Diga a la persona que responde que usted es un afiliado de UnitedHealthcare Community Plan. Infórmeles que desea programar una cita con su PCP.
- Diga a la persona la razón de necesitar una cita. Por ejemplo:
 - Usted o un afiliado familiar se siente enfermo
 - Se lastimó o tuvo un accidente
 - Necesita un chequeo o atención médica de seguimiento
- Anote la hora y la fecha de su cita
- Acuda a su cita a tiempo y tenga con usted su tarjeta de identificación de afiliado y una identificación con foto
- Si usted necesita ayuda para programar una cita, llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711**

Para cambiar o cancelar una cita

- Es muy importante ir a la cita y llegar a tiempo
- Si usted necesita cambiar o cancelar su cita, llame al doctor al menos 24 horas antes de su cita
- Para algunas citas, es posible que usted deba llamar 24 horas antes o con más anterioridad para cancelar. Si usted no se presenta a su cita, o si llega tarde, su doctor puede decidir que no lo acepta como paciente.

Para recibir atención médica cuando el consultorio de su PCP o PDP está cerrado

Si usted necesita hablar con su PCP o PDP cuando el consultorio está cerrado, llame al consultorio de su PCP o PDP y deje un mensaje que incluya su número de teléfono con la persona que conteste el teléfono. Alguien le devolverá la llamada lo antes posible. También usted puede llamar a la Línea de ayuda de enfermería las 24 horas del día al: 1-877-440-9407, TTY 711. Si usted piensa que tiene una emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana.

¿Cuánto tiempo toma poder ver a su doctor?

El consultorio de su doctor debe darle una cita dentro de un cierto número de días después de su llamada. La siguiente tabla muestra cuánto tiempo tomará obtener una cita. Llame al **1-866-242-7726**, TTY **711** si no puede obtener una cita durante estos períodos de tiempo.

Tipo de visita	Su condición	Cuánto tiempo toma poder ver a su doctor
Visita urgente	<p>Usted está lastimado o enfermo y necesita atención médica dentro de 24 horas para evitar que empeore, pero no necesita ver al doctor de inmediato.</p> <p>Algunos ejemplos de casos en los que necesita atención médica de urgencia incluyen un esguince o distensión, diarrea, vómitos, cortaduras o raspaduras, dolor de oído, dolor de garganta, tos o resfriado, dermatitis del pañal, resurtido de medicamentos, dolor de cabeza leve, piojos, sarna y tiña.</p>	Dentro de 24 horas
Visita de rutina	Usted tiene una enfermedad o lesión leve, o necesita un chequeo regular, pero no necesita una cita urgente.	Dentro de 30 días calendario

Tipo de visita	Su condición	Cuánto tiempo toma poder ver a su doctor
Visita de seguimiento	Usted necesita ver a su doctor después de un tratamiento que acaba de recibir para asegurarse que está recuperando bien.	Dentro de 1-2 semanas dependiendo del tipo de tratamiento
Visitas del bienestar en adultos	<ul style="list-style-type: none"> • Usted tiene su primera cita con un nuevo doctor • Debe realizarse un chequeo regular para adultos • Debe realizarse un examen de próstata, un examen pélvico, una prueba de Papanicolaou o un examen de los senos 	Dentro de 30 días calendario o más pronto si es necesario
Citas no urgentes con especialistas (cuando son referidas)	Su PCP lo refirió a un especialista por una afección no urgente.	Dentro de 30 días calendario

Servicios de apoyo

Servicios de transporte

UnitedHealthcare Community Plan le proporcionará transporte a las citas con su doctor si usted lo necesita. Usted es elegible para 24 viajes de ida hacia o desde lugares aprobados, como citas médicas, gimnasios y farmacias. Una vez que usted use los 24 viajes de ida, puede ser elegible para viajes adicionales a lugares aprobados bajo su Beneficio de Medicaid. Este beneficio cubre viajes para citas con proveedores de rutina y urgentes, visitas de seguimiento, altas hospitalarias y servicios de atención de urgencia.

Para utilizar los servicios de transporte de este plan, usted debe:

- Llamar a ModivCare para el transporte y diga al representante a qué hora y qué día necesita que lo recojan
 - 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora local, de lunes a viernes
 - 24 visitas iniciales: 1-866-418-9812, TTY 1-866-288-3133
 - Transporte adicional de Medicaid: 1-866-475-5886
- Usted debe llamar al menos tres días (sin incluir los sábados, domingos y feriados) antes de su cita para obtener transporte. Si necesita transporte para visitas urgentes, puede llamar el día antes de la cita para solicitar transporte.
 - Los tipos de transporte son bus, metro, vales para pagar un taxi, camionetas para sillas de ruedas y ambulancias. El tipo de transporte que reciba depende de sus necesidades médicas.
 - Cuando llame, proporcione a nuestro proveedor de transporte su identificación de afiliado, número de teléfono y dirección donde lo pueden recoger. Además, diga el nombre, la dirección y el número de teléfono del centro médico/dental o del consultorio doctor al que se dirige.
 - Si necesita verificar el estado de su viaje, llame a ModivCare
 - Tenga su tarjeta de identificación de afiliado y una identificación con foto cuando lo recojan

Servicios de interpretación y traducción

Servicios de interpretación

UnitedHealthcare Community Plan ofrece servicios de interpretación, si los necesita, GRATUITAMENTE, incluyendo en el hospital.

Llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711** para obtener los servicios de interpretación. Llame antes de la cita con su doctor si necesita servicios de interpretación.

Servicios de traducción

Si usted obtiene información de UnitedHealthcare Community Plan y la necesita traducida a otro idioma, llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711**.

Servicios de ayuda auxiliar para personas con discapacidad visual y auditiva

Si tiene problemas para oír, llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711**.

Si tiene problemas de visión, llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711**.

Nosotros podemos brindarle información en una cinta de audio, en Braille o en letra grande.

Atención médica especializada y referencias

Un especialista es un doctor que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Aquí están algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas
- Los ortopedistas atienden a pacientes con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares

Aunque su PCP está capacitado para manejar las necesidades de atención médica más comunes, es posible que haya un momento en el que usted piense que necesita ver a un especialista de la red. Usted no necesita una referencia de su PCP para consultar a un especialista de la red o a un proveedor de salud mental o del comportamiento. Aunque usted no necesita una referencia de su PCP para ver a un especialista de la red, su PCP puede recomendar a un especialista de la red adecuado para su afección médica, responder a las preguntas que tenga acerca del plan de tratamiento de un especialista de la red y brindar atención médica de seguimiento según sea necesario. Para la coordinación de la atención médica, le recomendamos que notifique a su PCP y al equipo de atención médica cuando consulte a un especialista de la red.

Por favor, consulte el Directorio de proveedores para obtener una lista de los especialistas del plan disponibles a través de la red o puede consultar el Directorio de proveedores en internet en myuhc.com/CommunityPlan.

Cómo obtener atención médica especializada

Es importante que usted y cada miembro de su familia tengan un PCP. Su PCP lo ayudará a conocer cuándo necesita ver a un especialista, pero no se requiere una referencia de él o ella. Una referencia es una nota escrita que le entrega su PCP para consultar a un proveedor diferente. Para todos los afiliados de UnitedHealthcare Community Plan, no se requieren referencias para ver a ningún especialista que sea parte de nuestra red de proveedores.

Si usted desea ver a un especialista, pero UnitedHealthcare Community Plan le dice que no pagarán por esa visita, usted puede:

- Hacer una cita con otro médico de la red de UnitedHealthcare Community Plan y obtener una segunda opinión
- Apelar nuestra decisión (consulte Apelaciones en la página 68)
- Solicitar una Audiencia Imparcial (consulte Audiencias Imparciales en la página 73)

Servicios de autorreferencia

Hay ciertos servicios que usted puede obtener sin obtener el permiso previo de su PCP. Estos se denominan servicios de autorreferencia y se enumeran a continuación.

Usted **NO** necesita una referencia para:

- Consultar a su PCP
- Recibir atención médica cuando tenga una emergencia
- Recibir servicios de su doctor obstetra/ginecólogo de su red para servicios de rutina o preventivos (solo para mujeres)
- Recibir servicios de planificación familiar
- Recibir servicios para infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Recibir vacunas (inmunizaciones)
- Visitar a un proveedor de la visión de la red
- Recibir servicios para la salud mental o por problemas con el alcohol u otras drogas

Servicios de salud mental

La atención de la salud mental ayuda cuando se siente deprimido o ansioso.

Para acceder directamente a sus beneficios de salud conductual/mental, llame al número de salud conductual que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Cuando llame, hablará con un representante que verificará su elegibilidad y recopilará información básica sobre usted y su situación. Dependiendo de la ayuda que necesite, un médico puede hablar con usted sobre el problema que está experimentando y evaluar qué proveedor y tratamiento serían apropiados para su situación. También puede pedirle a su PCP que llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado y haga los arreglos para una referencia en su nombre. También puede llamar para recibir información sobre los médicos dentro de la red, la atención de subespecialidades y la obtención de atención después del horario normal de atención. Se mantiene la confidencialidad, así que tenga la seguridad de que se mantendrá la información personal que discuta con su personal estrictamente confidencial.

Si necesita ayuda, o alguien de su familia necesita ayuda, llame

- La línea directa del Departamento de Salud del Conductual de DC al 1-888-793-4357, las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- **911** para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano

Servicios para problemas de alcoholismo u otras drogas

Los problemas con el alcohol u otras drogas son peligrosos para su salud y pueden ser peligrosos para la salud de las personas que lo rodean. Es importante acudir al doctor si necesita ayuda con estos problemas. UnitedHealthcare Community Plan lo ayudará a coordinar los servicios de desintoxicación y coordinará la atención médica para ayudarlo a obtener otros servicios. Para obtener servicios para estos problemas, puede:

- Llamar a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711**
- Llamar al Centro de Evaluación y Referencias (ARC) del Departamento de Salud Conductual (DBH) directamente al 202-727-8473

Todos los servicios de salud mental, abuso de alcohol y drogas son confidenciales.

Control de la natalidad y otros servicios de planificación familiar

Usted NO necesita una referencia para recibir anticonceptivos u otros servicios de planificación familiar. Todos los servicios para el control de la natalidad y otros servicios de planificación familiar son confidenciales.

Usted puede obtener anticonceptivos y otros servicios de planificación familiar de cualquier proveedor que elija. No necesita una referencia para obtener estos servicios. Si usted elige a un doctor de servicios de planificación familiar que no sea su PCP, informe a su PCP. Esto ayudará a su PCP a cuidarlo mejor. Hable con su PCP o llame a Servicios para Afiliados de UnitedHealthcare Community Plan al **1-866-242-7726**, TTY **711** para obtener más información sobre el control de la natalidad u otros servicios de planificación familiar.

Los servicios de planificación familiar incluyen:

- Prueba de embarazo
- Asesoramiento a la mujer y la pareja
- Anticoncepción de rutina y de emergencia
- Asesoramiento e inmunizaciones
- Detección de todas las infecciones de transmisión sexual
- Tratamiento para todas las infecciones de transmisión sexual
- Procedimientos de esterilización (Se requiere que usted firme un formulario 30 días antes del procedimiento)
- Asesoramiento y pruebas de VIH / SIDA

Los servicios de planificación familiar no incluyen:

- Estudios o procedimientos de infertilidad de rutina
- Histerectomía para la esterilización
- Reversión de la esterilización voluntaria
- Tratamiento de VIH/SIDA
- Aborto

Atención médica especializada y referencias

Pruebas, asesoramiento y tratamiento del VIH/SIDA

Puede obtener asesoramiento y pruebas de VIH / SIDA:

- Cuando tiene servicios de planificación familiar
- De su PCP
- De un centro de asesoramiento y pruebas del VIH

Para obtener información acerca de dónde puede usted acudir para obtener asesoramiento y pruebas de VIH, llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711**. Si necesita tratamiento contra el VIH, su PCP lo ayudará a recibir atención o puede llamar a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711**. También puede recibir profilaxis previa a la exposición PrEP) si usted es su doctor, piensan que tiene un alto riesgo de contraer VIH/SIDA.

Servicios de farmacia y medicamentos recetados

Las farmacias son el lugar donde usted obtiene sus medicamentos. Si su doctor le da una receta, debe ir a una farmacia de la red de UnitedHealthcare Community Plan.

Usted puede encontrar una lista de todas las farmacias de la red de UnitedHealthcare Community Plan en su directorio de proveedores o en internet en myuhc.com/CommunityPlan.

Si usted se encuentra fuera de la ciudad y tiene una emergencia o necesita atención médica de urgencia, UnitedHealthcare Community Plan cubrirá las recetas que se surtan en una farmacia que este fuera de la red si las recetas están relacionadas con la atención médica de una emergencia o atención médica de urgencia y si las recetas están incluidas sin restricciones en nuestro formulario y no se excluyen en la cobertura de la Parte D de Medicare.

Para surtir una receta:

- Elija una farmacia que sea parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan y que esté cerca de su trabajo o su hogar
- Cuando tenga una receta, vaya a la farmacia y entregue al farmacéutico su receta y su tarjeta de identificación de afiliado de UnitedHealthcare Community Plan
- Si necesita ayuda, llame al **1-866-242-7726**, TTY **711**

Cobertura cuando viaja o fuera del área de servicio

Si toma un medicamento recetado con regularidad y se va de viaje, asegúrese de verificar su suministro del medicamento antes de partir. Cuando sea posible, lleve todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir sus medicamentos recetados con anticipación a través de nuestra farmacia de servicio por correo preferida de la red o a través de nuestras otras farmacias de la red. Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener información sobre cómo pedir sus medicamentos recetados con anticipación.

Si usted viaja dentro de los Estados Unidos y se enferma o se queda sin medicamentos recetados o los pierde, nosotros cubriremos los medicamentos recetados que se surten en una farmacia fuera de la red si sigue todas las reglas de cobertura:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro del área de servicio porque una farmacia de la red no se encuentra a una distancia razonable en automóvil que brinde servicio las 24 horas
- Si usted está tratando de surtir un medicamento recetado que no se encuentra en la farmacia minorista accesible de la red normalmente o en una farmacia preferida de pedidos por correo de la red (incluidos medicamentos únicos y de alto costo)
- Si usted necesita una receta mientras es paciente en un departamento de emergencias, una clínica basada en un proveedor, una cirugía u otro entorno ambulatorios. En estas situaciones, consulte primero con Servicios para Afiliados para conocer si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de los Servicios para Afiliados están anotados en la contraportada de este folleto). Es posible que usted deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Cosas que tiene que recordar:

- No se le debe pedir a usted que pague por sus medicamentos. Llame a Servicios para Afiliados de UnitedHealthcare Community Plan si la farmacia o la farmacia le piden que pague.
- A veces, es posible que su doctor necesite obtener una autorización previa (PA) de UnitedHealthcare Community Plan para un medicamento. Mientras su doctor espera la autorización previa, usted tiene derecho a obtener el medicamento:
 - Hasta 72 horas o
 - Por una ronda completa del medicamento si lo toma menos de una vez al día

- Usted puede encontrar una lista completa de medicamentos cubiertos en el formulario en línea en <https://www.uhcprovider.com/en/health-plans-by-state/district-of-columbia-health-plans/dc-comm-plan -inicio/dc-cp-pharmacy.html>. Es posible que los medicamentos que no figuran en el formulario no estén cubiertos. Los medicamentos cubiertos que figuran en el formulario pueden cambiar de vez en cuando. Se le notificará cuando alguna actualización le afecte.
- Usted también puede obtener sus medicamentos a través de nuestro programa de pedidos por correo o entregados en una farmacia participante. Comuníquese al **1-866-242-7726**, TTY **711** para obtener detalles y para conocer si usted califica.

Administración de Enfermedades

Si usted tiene una enfermedad crónica o una necesidad especial de atención médica, como asma, presión arterial alta o enfermedad mental, nosotros podemos incluirlo en nuestro Programa de Administración de Enfermedades. Esto significa que usted tendrá un Administrador de enfermedades. Un Administrador de enfermedades es alguien que trabaja para UnitedHealthcare Community Plan y que lo ayudará a obtener los servicios y la información que necesita para controlar su enfermedad y estar más saludable.

Servicios para evitar que los adultos se enfermen

UnitedHealthcare Community Plan desea que usted se ocupe de su salud. También queremos que se inscriba en los servicios de salud y bienestar que le ofrecemos. Los servicios de salud y bienestar incluyen exámenes de detección, asesoramiento e inmunizaciones.

Recomendaciones para chequeos ("exámenes")

Haga una cita y acuda a ver a su PCP al menos una vez al año para un chequeo. Consulte la lista de "Servicios de bienestar para adultos" en la sección "Sus beneficios de salud" para conocer los temas de qué hablar con su PCP durante su chequeo.

Haga una cita para ver a su PCP al menos una vez al año para un chequeo.

Asesoramiento preventivo

Hay asesoramiento preventivo disponible para ayudarle a mantenerse saludable. Usted puede obtener asesoramiento preventivo acerca de:

- Dieta y ejercicio
- Consumo de alcohol y drogas
- Cómo dejar de fumar
- Prevención del VIH/SIDA
- Prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Cáncer de pulmón
- Enfermedad cardiovascular

Inmunizaciones para adultos

Es posible que usted necesite algunas vacunas (inmunizaciones). Hable con su PCP acerca de cuáles puede usted necesitar.

Embarazo

Si usted está embarazada o piensa que está embarazada, es muy importante que consulte a su doctor obstetra/ginecólogo de inmediato. No es necesario tener una cita previa con su PCP para programar esta cita.

Si está embarazada, llame a:

- Administración de Seguridad Económica (ESA) al 202-727-5355-para informar su embarazo
- Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711**
- Su PCP

Hay ciertas cosas que usted debe controlar si está embarazada. Esto le ayudará a asegurarse que tenga un embarazo, un parto y un bebé saludables. A esto se le llama atención prenatal. Usted recibe atención prenatal antes que su bebé nazca.

Recuerde, si usted está embarazada o piensa que está embarazada, no beba alcohol, use drogas o fume.

Una vez que tenga a su bebé, llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726** y a ESA al 202-727-5355.

Sus beneficios para la salud

Debido a que usted está cubierto por Medicaid, no paga nada por los servicios cubiertos si sigue las reglas de UnitedHealthcare Community Plan para recibir su atención médica. Como afiliado de UnitedHealthcare Community Plan, usted no será responsable de ningún copago, deducible o coseguro por los servicios cubiertos proporcionados por proveedores de la red o en determinadas circunstancias, proveedores por fuera de la red.

Asegúrese de presentar su tarjeta de identificación de afiliado de UnitedHealthcare Community Plan cuando acceda a los servicios para garantizar una facturación correcta. Si a usted se le solicita que pague los servicios cubiertos o si su proveedor no lo atiende, comuníquese con Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**.

El Cuadro de beneficios médicos en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre UnitedHealthcare Community Plan. Los servicios enumerados en la tabla de beneficios médicos están cubiertos solamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben proporcionarse de acuerdo con las guías de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid
- Sus servicios (incluyendo la atención médica, los servicios, los suministros y el equipo) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor por fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención

Algunos de los servicios enumerados en el cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo si su doctor u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). También hay algunos servicios que requieren que usted obtenga la aprobación trabajando directamente con su equipo de atención médica asignado.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura

Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Generalmente, Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Usted puede ser elegible para los beneficios completos de Medicaid según su cobertura de Medicaid. Medicaid cubre su costo compartido por los servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención médica a largo plazo, medicamentos de venta libre y servicios domiciliarios y comunitarios.

Como todos los planes de salud de Medicare, nosotros cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si usted desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual “Medicare y Usted 2022”. Véalo en internet en www.medicare.gov o solicite una copia llamando 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.)

Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, también nosotros cubrimos el servicio sin costo para usted.

A veces, Medicare agrega cobertura bajo Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2022, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Servicios de salud cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

La siguiente lista muestra los servicios y beneficios de atención médica para todos los afiliados de UnitedHealthcare Community Plan. Para algunos beneficios, usted debe tener cierta edad o tener cierta necesidad del servicio. UnitedHealthcare Community Plan no le cobrará por ninguno de los servicios de atención médica de esta lista si acude a un proveedor u hospital de la red.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de si UnitedHealthcare Community Plan cubre cierta atención médica y cómo acceder a los servicios, llame a Servicios para Afiliados de UnitedHealthcare Community Plan al **1-866-242-7726**.

Sus beneficios para la salud

Beneficio	Qué obtiene usted	Quién puede obtener este beneficio
<p>Servicios para el bienestar en adultos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inmunizaciones • Pruebas de detección de rutina para infecciones de transmisión sexual • Detección, pruebas y asesoramiento del VIH/SIDA • Examen de detección de cáncer de mama • Examen de detección de cáncer de cuello uterino (solo mujeres) • Examen de detección de osteoporosis (mujeres posmenopáusicas) • Prueba de detección del VPH • Examen de detección de cáncer de próstata (solo hombres) • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Examen de detección de obesidad • Prueba de detección de diabetes • Prueba de detección de presión arterial alta y colesterol (trastornos de lípidos) • Prueba de detección de la depresión • Examen de detección de cáncer colorrectal (afiliados de 50 años o más) • Asesoramiento para dejar de fumar • Asesoramiento sobre dieta y ejercicio • Asesoramiento sobre salud mental • Examen de detección de alcohol y drogas 	<p>Todos los afiliados</p>

Sus beneficios para la salud

Beneficio	Qué obtiene usted	Quién puede obtener este beneficio
Tratamiento por abuso de alcohol y drogas	<ul style="list-style-type: none">• Desintoxicación para pacientes hospitalizados• La Administración de Adicciones, Prevención y Recuperación (DBH) brinda otros servicios por abuso de alcohol/drogas• Ayuda para recibir atención de DBH	Todos los afiliados

Sus beneficios para la salud

Beneficio	Qué obtiene usted	Quién puede obtener este beneficio
Servicios dentales	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes dentales generales y limpiezas de rutina cada seis (6) meses • Servicios quirúrgicos y extracciones • Atención dental de emergencia • Radiografías (serie completa limitada a una (1) vez cada tres (3) años) • Empastes • Desbridamiento de boca completa • Profilaxis limitada a dos (2) veces al año • Radiografías de aleta de mordida • Tratamiento paliativo • Aplicación de sellador • Dentaduras postizas parciales y completas removibles • Tratamiento de conducto radicular limitado a dos (2) molares por año • Raspado periodontal y alisado radicular • Coronas dentales • Extracción de dientes impactados • Colocación inicial de una prótesis removible (cualquier dispositivo o aparato dental que reemplace uno o más dientes faltantes, incluidas las estructuras asociadas, si es necesario, que esté diseñado para ser removido y reinsertado), una vez cada cinco (5) años. Pueden aplicarse algunas limitaciones. • Prótesis parciales removibles • Cualquier servicio dental que requiera hospitalización como paciente interno debe tener autorización previa (aprobación previa) • Procedimientos quirúrgicos electivos que requieren anestesia general 	Todos los afiliados

Sus beneficios para la salud

Beneficio	Qué obtiene usted	Quién puede obtener este beneficio
Servicios de diálisis	Tratamiento hasta de 3 veces por semana (limitado a una vez por día).	Todos los afiliados
Equipo médico Durable (DME) y suministros médicos desechables (DMS)	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (DME) • Suministros médicos desechables (DMS) 	Todos los afiliados
Servicios de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección de su afección médica, servicios de post-estabilización y servicios de estabilización si tiene una afección médica de emergencia, independientemente de si el proveedor está dentro o fuera de la red de UnitedHealthcare Community Plan • Tratamiento para una condición de emergencia 	Todos los afiliados si es apropiado
Planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de embarazo; asesoramiento para la mujer • Anticoncepción de rutina y de emergencia • Esterilizaciones voluntarias (requiere la firma de un formulario de esterilización aprobado por el afiliado 30 días antes del procedimiento) • Pruebas de detección, asesoramiento e inmunizaciones (incluido el virus del papiloma humano – VPH) • Detección y tratamiento preventivo de todas las infecciones de transmisión sexual 	Todos los afiliados, si es apropiado
Beneficios de audición	Diagnóstico y tratamiento de condiciones relacionadas a la audición, incluyendo aparatos para la audición y baterías para los aparatos de la audición.	Todos los afiliados

Sus beneficios para la salud

Beneficio	Qué obtiene usted	Quién puede obtener este beneficio
<p>Servicios y apoyo a largo plazo en el hogar y basados en la comunidad</p>	<p>Servicios de atención médica a domicilio, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia de enfermería y asistencia médica domiciliaria • Servicios de asistente de cuidado personal proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar • Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y audiología <p>Servicios de exención de EPD, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de vida asistida en un centro de vida asistida • Servicios y apoyos a domicilio dirigidos por el participante • Servicios de asistente de cuidado personal proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar • Ayudante de tareas domésticas o apoyo para el amas de casa <p>Servicios del programa de salud diurna para adultos</p> <p>Coordinación de la atención para los afiliados inscritos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La exención de Medicaid para personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo • La exención de apoyo individual y familiar de Medicaid <p>Debe obtener autorización previa para servicios y apoyos a largo plazo.</p>	<p>Todos los afiliados si es apropiado</p> <p>No está disponible para los afiliados en un hospital o un hogar con enfermería.</p>
<p>Cuidados de hospicio</p>	<p>Servicios de apoyo para personas que se acercan al final de su vida.</p>	<p>Todos los afiliados</p>

Beneficio	Qué obtiene usted	Quién puede obtener este beneficio
Servicios de hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios para pacientes ambulatorios (servicios preventivos, de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación o paliativos) • Servicios para pacientes internados (hospitalización) 	Afiliados con una referencia de su PCP o si tienen una emergencia
Servicios de laboratorio y de rayos X	Pruebas de laboratorio y rayos X.	Todos los afiliados
Atención en una casa de reposo	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermería especializada de tiempo completo o atención a largo plazo proporcionada en un centro de enfermería • Debe obtener una aprobación previa para la atención a largo plazo 	Todos los afiliados

Sus beneficios para la salud

Beneficio	Qué obtiene usted	Quién puede obtener este beneficio
Servicios de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios proporcionados por proveedores de salud mental, incluidos: • Servicios de diagnóstico y evaluación • Visitas al doctor de nivel medio, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> – Asesoramiento individual – Asesoramiento de grupo – Asesoramiento familiar • Servicios de centro de salud calificado federalmente (FQHC) • Medicación/tratamiento somático • Servicios de crisis • Servicios de hospitalización para pacientes internados y del departamento de emergencias • Tratamiento intensivo de día • Servicios de administración de casos • Tratamiento para cualquier condición mental que pueda complicar el embarazo <p style="text-align: right;">(continúa en la página siguiente)</p>	Todos los afiliados si es apropiado

Beneficio	Qué obtiene usted	Quién puede obtener este beneficio
<p>Servicios de salud mental (continuación)</p>	<p>Coordinación de la atención para los afiliados que reciben los siguientes servicios de DBH:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones basadas en la comunidad • Terapia multisistémica (MST) • Trato comunitario asertivo • Apoyo comunitario mental • Tratamiento Transicional Comunitario Asertivo (TACT) • Servicios de soporte de recuperación • Empleo Vocacional con Apoyo • Servicios de la Clubhouse • Modelo de Empoderamiento de Recuperación de Trauma (TREM) • Terapia de Sistemas de Trauma (TST) • Terapia Familiar Funcional (FFT) • Tratamiento por abuso de alcohol y drogas para pacientes ambulatorios - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios • Otros servicios provistos por DBH <p>Servicios de salud y abuso de sustancias en una institución para enfermedades mentales.</p>	<p>Todos los afiliados si es apropiado</p>

Sus beneficios para la salud

Beneficio	Qué obtiene usted	Quién puede obtener este beneficio
Servicios de farmacia (medicamentos recetados)	<p>Medicamentos recetados incluidos en el formulario de medicamentos de UnitedHealthcare Community Plan. Usted puede encontrar el formulario de medicamentos en myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicios para Afiliados.</p> <p>Solo incluye medicamentos de farmacias de la red.</p> <p>Incluye los siguientes medicamentos de venta libre (sin receta).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos y para la fiebre como Tylenol® o Advil® • Medicamentos para los senos nasales y las alergias como Benadryl® • Medicamentos para la tos y el resfriado • Hidrocortisona uno (1) por ciento para erupciones 	<p>Todos los afiliados</p>
Podiatría	<ul style="list-style-type: none"> • Atención especial para problemas en los pies • Cuidado regular de los pies cuando sea médicamente necesario 	<p>Todos los afiliados</p>
Servicios de atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica preventivos, graves y crónicos generalmente brindados por su PCP 	<p>Todos los afiliados</p>
Dispositivos protésicos	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos de reemplazo, correctivos o de apoyo ordenados por un proveedor autorizado 	<p>Todos los afiliados</p>
Servicios de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia física, del habla y ocupacional 	<p>Todos los afiliados</p>

Beneficio	Qué obtiene usted	Quién puede obtener este beneficio
Servicios de especialistas	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica proporcionados por doctores especialmente capacitados o enfermeras de práctica avanzada • No se requieren referencias • No incluye cirugías y servicios cosméticos, excepto la cirugía necesaria para corregir una afección resultante de una cirugía o enfermedad, creada por una lesión accidental o una deformidad congénita, o una afección que afecte el funcionamiento normal de su cuerpo 	Todos los afiliados
Servicios de transporte	Transporte hacia y desde citas médicas para incluir los servicios cubiertos por DHCF.	Todos los afiliados
Cuidados de la visión	<p>Un (1) par de anteojos o contrato cada año, excepto cuando el afiliado haya perdido sus anteojos o cuando la receta haya cambiado en más de 0.5 dioptrías.</p> <p>Y</p> <p>Una asignación de \$250 para la compra de armazones (el ajuste y la evaluación pueden ser un costo adicional) o lentes de contacto (el ajuste y la evaluación pueden ser un costo adicional).</p>	Todos los afiliados

Servicios que nosotros no pagamos

- Servicios proporcionados/financiados por DBH:
 - Intervenciones basadas en la comunidad
 - Terapia multisistémica (MST)
 - Tratamiento comunitario asertivo (ACT)
 - Tratamiento comunitario asertivo de transición (TACT)
 - Apoyo comunitario
 - Servicios de apoyo a la recuperación
 - Empleo con apoyo vocacional
 - Servicios de la casa club
 - Modelo de empoderamiento de recuperación de trauma (TREM)
 - Terapia de sistemas de trauma (TST)
 - Terapia familiar funcional (FFT)
 - Tratamiento ambulatorio por abuso de alcohol y drogas: servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
 - Otros servicios proporcionados por DBH
- Servicios de salud en el hogar de Medicaid (no están cubiertos para los inscritos en D-SNP)
- Servicios de exención de IDD y exención de IFS de 1915 (c)
- Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE)

Servicios no cubiertos

- Cirugía cosmética: excepto en casos de lesión accidental, para mejorar el funcionamiento de un miembro malformado del cuerpo o para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía (incluso para que la mama no afectada produzca una apariencia simétrica)
- Servicios, cirugías, tratamientos y medicamentos experimentales o de investigación
- Servicios que forman parte de un protocolo de ensayo clínico
- Aborto, o la interrupción voluntaria de un embarazo, no requerido por la ley federal
- Tratamiento de infertilidad

- Histerectomía electiva, ligadura de trompas o vasectomía si la indicación principal para estos procedimientos es la esterilización
- Reversión de procedimientos de esterilización, dispositivos de erección por vacío del pene o suministros anticonceptivos de venta libre
- Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluida la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el desempeño sexual, el desempeño atlético, fines cosméticos, antienvjecimiento y desempeño mental), excepto cuando sea médicamente necesario
- Equipos o suministros que acondicionan el aire y otros equipos principalmente no médicos
- Vacunas para viajes al extranjero
- Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos)
- Artículos personales en su habitación de un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor
- Habitación privada en un hospital, a menos que sea médicamente necesario
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, a menos que sea médicamente necesario
- Servicios que se consideran no razonables o médicamente necesarios
- Cualquier atención médica, excepto los servicios de emergencia y de urgencia, recibidos fuera de los Estados Unidos y los territorios de los EE. UU.
- Ciertos servicios dentales:
 - Anestesia local que se usa junto con un procedimiento quirúrgico y se factura como un procedimiento separado
 - Ayudas para la higiene, incluidos cepillos de dientes
 - Medicamentos dispensados por un dentista que un beneficiario puede obtener en una farmacia
 - Grabado con ácido para una restauración que se factura como un procedimiento separado
 - Limpieza de prótesis
 - Dentadura postiza parcial unilateral removible que es un metal fundido de una pieza que incluye broches y dientes
 - Reemplazo de una dentadura postiza cuando el rebase o rebase corregiría el problema
 - Radiografías duplicadas
 - Mantenedores de espacio
 - Prostodoncia fija (puente), a menos que sea rentable para un beneficiario que no puede usar una prótesis removible y se requiere autorización previa
 - Restauración, incrustación o recubrimiento de oro, incluidos metales fundidos no preciosos y semipreciosos

Sus beneficios para la salud

- Servicios dentales con fines cosméticos o estéticos
- Implantes dentales que reemplazan las muelas del juicio

Para trasplantes: los artículos no cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes.

- Para el transporte:
 - Alquiler, compra o mantenimiento / reparaciones de vehículos
 - Clubes de automóviles (asistencia en carretera)
 - Tarifas de estacionamiento incurridas en otro lugar que no sea el alojamiento o el hospital
- Gasolina, como un gasto por separado para:
 - Transporte de ambulancia aéreo o terrestre (puede estar cubierto bajo sus beneficios médicos)
 - Transporte aéreo o terrestre no relacionado a citas medicas
- Para alojamiento:
 - Depositos
 - Servicios públicos (si se facturan por separado del pago del alquiler)
 - Llamadas telefónicas, periódicos, renta de películas y tarjetas de regalo
 - Gastos de alojamiento cuando se queda hospedado con un amigo o familiar
- Alimentos

Transición de la atención médica

Si UnitedHealthcare Community Plan es nuevo para usted, puede cumplir con sus citas médicas programadas y sus recetas durante los primeros 30 días, o más en circunstancias especiales.

Si su proveedor no se encuentra actualmente en la red de UnitedHealthcare Community Plan, es posible que a usted se le solicite que seleccione un nuevo proveedor que esté dentro de la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan.

Si su proveedor de atención médica abandona la red de UnitedHealthcare Community Plan, le notificaremos dentro de los 15 días calendario para que tenga tiempo de seleccionar otro proveedor. Si UnitedHealthcare Community Plan cancela a su proveedor, se lo notificaremos dentro de los 30 días calendario anteriores a la fecha de vigencia de la terminación.

Otras cosas importantes que usted debe conocer

¿Qué debo hacer si me mudo?

- Llame al Centro de Cambios de la Administración de Seguridad Económica (ESA) del Distrito de Columbia (DC) al 202-727-5355
- Llame a Servicios para Afiliados de UnitedHealthcare Community Plan al **1-866-242-7726**, TTY **711**

¿Qué hago si tengo un bebé?

- Llame al Centro de Cambios de la Administración de Seguridad Económica (ESA) de DC al 202-727-5355
- Llame a Servicios para Afiliados de UnitedHealthcare Community Plan al **1-866-242-7726**, TTY **711**

¿Qué hago si adopto un niño?

- Llame al Centro de Cambios de la Administración de Seguridad Económica (ESA) de DC al 202-727-5355
- Llame a Servicios para Afiliados de UnitedHealthcare Community Plan al **1-866-242-7726**, TTY **711**

¿Qué tengo que hacer si fallece alguien de mi familia?

- Llame al Centro de Cambios de la Administración de Seguridad Económica (ESA) de DC al 202-727-5355
- Llame a Servicios para Afiliados de UnitedHealthcare Community Plan al **1-866-242-7726**, TTY **711**

Otras cosas importantes que usted debe conocer

¿Cómo puedo cambiar de plan?

- Si no desea estar en el programa ampliado, usted puede abandonar el programa en cualquier momento. Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente o cambiarse a Medicare de pago por servicio. Esto se puede hacer una vez por trimestre o durante otros períodos especiales durante el año. Para obtener más información sobre los diferentes tipos de cobertura de Medicare, usted puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud al 202-727-8370.
- Llame a Servicios para Afiliados de UnitedHealthcare Community Plan al **1-866-242-7726**, TTY **711**

Ya no podrá recibir atención médica de UnitedHealthcare Community Plan si:

- Pierde su elegibilidad para Medicaid o Medicare
- Elija cancelar la inscripción

El gobierno de DC puede eliminarlo de UnitedHealthcare Community Plan si:

- Permita que otra persona use su tarjeta de identificación de afiliado
- El distrito determina que cometió fraude a Medicaid
- No cumple con sus responsabilidades de afiliado

Qué hacer si recibo una factura por un servicio cubierto

- Si recibe una factura por un servicio cubierto que se encuentra en la lista anterior, llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**

Pago por servicios no cubiertos

- Si usted decide que desea un servicio que nosotros no pagamos y no tiene un permiso por escrito de UnitedHealthcare Community Plan, debe pagar el servicio usted mismo
- Si usted decide recibir un servicio que nosotros no pagamos, debe firmar una declaración en donde acepta pagar el servicio usted mismo
- Recuerde mostrar siempre su tarjeta de identificación de afiliado e informar a los doctores que es usted es un afiliado de UnitedHealthcare Community Plan antes de recibir los servicios

Directivas anticipadas

Una directiva anticipada es un documento legal que usted firma y que les permite a otros conocer sus opciones de atención médica. Se utiliza cuando usted no puede hablar por sí mismo. A veces, esto se denomina "testamento en vida" o "poder notarial duradero".

Una directiva anticipada puede permitirle elegir a una persona para que tome decisiones por usted acerca de su atención médica. Una directiva anticipada también le permite decir qué tipo de tratamiento médico desea recibir si se enferma demasiado para poder decirles a los demás cuáles son sus deseos.

Es importante hablar acerca de una directiva anticipada con su familia, su PCP u otras personas que puedan ayudarlo con estas cosas.

Si usted desea completar y firmar una directiva anticipada, pida ayuda a su PCP durante su próxima cita o llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711** y ellos lo ayudarán.

Qué necesito hacer si tengo otro seguro

Si es un afiliado de UnitedHealthcare Community Plan, debe informarnos de inmediato si tiene algún otro seguro médico. Llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**.

Fraude

El fraude es un asunto serio. ¿Qué es el fraude? El fraude es hacer declaraciones falsas o representaciones de hechos materiales para obtener algún beneficio o pago para el cual de otra manera no existiría ningún derecho. Un ejemplo de fraude para los afiliados es afirmar falsamente que vive en el distrito cuando vive fuera de los límites del Distrito de Columbia. Un ejemplo de fraude para los proveedores es la facturación por servicios que no se proporcionaron y/o suministros médicos no proporcionados.

Si usted sospecha de fraude o cualquier otro uso indebido de los servicios, infórmenos. No es necesario que se identifique ni que dé su nombre. Si desea obtener más información acerca del fraude, visite el sitio en internet de UnitedHealthcare Community Plan en <https://www.uhc.com/fraud>. Para denunciar un fraude, llame a la línea directa de cumplimiento de UnitedHealthcare Community Plan, 1-844-359-7736, o llame a la línea directa de fraude del Departamento de Finanzas de Atención Médica de DC al 1-877-632-2873.

Información especial acerca de cómo nosotros les pagamos a sus doctores

Usted tiene derecho el derecho a conocer si UnitedHealthcare Community Plan tiene arreglos financieros especiales con los doctores.

Para obtener esta información, por favor, llame a Servicios para Afiliados de UnitedHealthcare Community Plan al **1-866-242-7726**, TTY **711**.

Problemas y quejas

El proceso que se utiliza para manejar su problema depende del tipo de problema que usted tenga:

- Para algunos tipos de problemas, se debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones
- Para otros tipos de problemas, se debe utilizar el proceso para presentar quejas

Para garantizar la equidad y el manejo oportuno de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos seguir.

También se puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros. A veces puede resultar confuso comenzar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, es posible que usted no tenga los conocimientos necesarios para dar el siguiente paso.

Nosotros siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero en algunas situaciones, es posible que usted también desee tener ayuda u orientación de otra persona que no esté relacionado con nosotros.

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, usted puede comunicarse con Medicare. Aquí hay tres formas de obtener información directamente de Medicare:

- 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.
- Puede visitar el sitio en internet de Medicare (www.medicare.gov)
- Puede obtener ayuda de la Oficina del Ombudsman de Atención Médica y la Declaración de Derechos del Distrito de Columbia:

One Judiciary Square
441 4th Street, NW, Suite 250 North
Washington, DC 20001

Teléfono: 202-724-7491

Fax: 202-442-6724

No. de teléfono gratuito: 1-877-685-6391

Correo electrónico: healthcareombudsman@dc.gov

Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que nosotros tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Nosotros tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, el doctor de la red de su plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su doctor de la red lo refiere a un especialista médico.

Usted o su doctor también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su doctor no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que usted piensa que necesita. En otras palabras, si usted desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud por usted, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos una notificación explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

En algunos casos, nosotros podríamos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o ya no se cubre por Medicare o Medicaid para usted. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Para solicitar una decisión de cobertura

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que usted desea. Usted, su doctor o su representante pueden hacer esto.

Cuando nosotros le informemos de nuestra decisión, usaremos los plazos "estándar" a menos que hayamos acordado utilizar los plazos "rápidos". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

- Para una solicitud de un artículo o servicio médico, nosotros podemos tomarnos hasta 14 días calendario más si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (como expedientes médicos de proveedores de atención médica fuera de la red) que pueda beneficiarlo a usted. Si decidimos tomarnos más días para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted piensa que no deberíamos tomarnos más días, presentar una "queja rápida" acerca del tiempo para tomarnos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones.)

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una "decisión de cobertura rápida". Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de 72 horas si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de 24 horas.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si solicita cobertura para atención médica que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es acerca del pago de la atención médica que ya recibió.)
- Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si el uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar

Problemas y quejas

Si su doctor nos informa que su salud requiere de una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida. Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su doctor, nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta indicándolo (y en su lugar usaremos los plazos estándar)
- Esta carta le informará que, si su doctor solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida
- La carta también le informará cómo usted puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó

Quejas, apelaciones y Audiencias Imparciales

Tanto UnitedHealthcare Community Plan como el gobierno del Distrito tienen formas en las que usted puede presentar una queja acerca de la atención que recibe o los servicios que UnitedHealthcare Community Plan le brinda. Usted puede elegir cómo desea presentar su queja como se describe a continuación.

Reclamaciones

El nombre formal para presentar una queja es "presentar una reclamación".

Si usted no está satisfecho con algo que le sucedió, puede presentar una reclamación. Algunos ejemplos de por qué podría presentar una reclamación son:

- Usted piensa que no lo trataron con respeto
- No está satisfecho con la atención médica que usted recibió
- Se tardó demasiado en concertar una cita

Para presentar una reclamación, llame a **Servicios para Afiliados al 1-866-242-7726, TTY 711**, o puede presentar una reclamación por escrito enviándola por correo a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
Appeals and Grievances
P.O. Box 6103, MS CA124-0187
Cypress, CA 90630-0023

Su doctor también puede presentar una reclamación por usted con su autorización por escrito.

Usted puede presentar una reclamación en cualquier momento. UnitedHealthcare Community Plan generalmente le dará una decisión dentro de 30 días calendario, pero usted puede solicitar tiempo adicional (pero no más de 44 días calendario en total) para tomar una decisión.

Apelaciones y Audiencias Imparciales

Si usted piensa que sus beneficios se denegaron, redujeron, retrasaron o interrumpieron injustamente, tiene el derecho a presentar una apelación ante UnitedHealthcare Community Plan. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se le denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para checar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando nosotros hayamos completado la revisión, le damos nuestra decisión.

Nota: Para presentar una Audiencia Estatal Imparcial del distrito (que se describe en la página 73), primero usted debe completar el proceso de apelación de nivel 1.

Apelaciones – Nivel 1 – Médico, Parte B y Parte D

¿Quién puede presentar una apelación?

Usted, su médico o su representante pueden presentar una apelación en su nombre. Si su apelación está siendo presentada por otra persona que no sea usted o su médico, su apelación debe incluir un formulario de Nombramiento de Representante o documento similar que los autorice a representarlo. Para obtener el formulario, llame a Servicios para Afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de “Nombramiento de representante”. También está disponible en el sitio en internet de Medicare en **cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-forms/downloads/cms1696.pdf**.

Solo apelaciones médicas — Si usted está apelando un servicio existente que se ha reducido, retrasado o cancelado y solicita que sus beneficios continúen durante su apelación, usted, su representante o su doctor pueden presentar la solicitud en su nombre. Para este tipo de apelación, su doctor debe tener su autorización por escrito para solicitar servicios continuos.

Cuándo apelar

Usted debe presentar su solicitud de apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que anotada en el aviso por escrito de nuestra decisión de cobertura que le enviamos. Si usted no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenas razones para no cumplir con la fecha límite pueden incluir si usted tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación.

Para presentar su apelación

Para presentar una apelación ante UnitedHealthcare Community Plan, llame a Servicios para Afiliados al 1-866-242-7726, TTY 711. O puede presentar una apelación por escrito enviándola por correo a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
Appeals and Grievances
P.O. Box 6103, MS CA124-0187
Cypress, CA 90630-0023

Solicite una apelación rápida si cree que los plazos de apelación estándar (30 días calendario para atención médica, 7 días calendario para la Parte D) podrían causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar. Nuestro personal clínico determinará si una apelación rápida es apropiada. Sin embargo, si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, automáticamente aceptaremos darle una. Resolveremos su apelación rápida dentro de las 72 horas.

Usted tiene el derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información relacionada con su apelación. Si lo desea, usted y su doctor pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Revisando su apelación

Cuando nosotros revisemos su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica. Su apelación es revisada por personal que no participó en la decisión original. Nosotros verificamos si seguimos todas las reglas cuando denegamos su solicitud. Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o su doctor para obtener más información.

Apelaciones estándar – Medicas, Medicamentos de la Parte B

- Si nosotros usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta a una solicitud de un artículo o servicio médico **dentro de 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si su apelación es acerca de la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
- Para solicitudes relacionadas con un artículo o servicio médico, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarle, nosotros podemos tomarnos hasta 14 días calendario más. Si decidimos que debemos tomarnos más tiempo para llegar a una decisión, se lo notificaremos por escrito. Nosotros no podemos tomarnos más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted piensa que no debemos tomar más tiempo, usted puede presentar una queja rápida acerca de nuestra decisión de hacerlo. Cuando usted presente una queja rápida, nosotros le daremos una respuesta a su queja **dentro de 24 horas**. La información acerca de cómo presentar una queja rápida se incluye en nuestra notificación.
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite correspondiente anterior (o al final del tiempo extendido si lo necesitamos para su solicitud de un artículo o servicio médico), nosotros debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite correspondiente, el proceso de apelación se considerará completo y usted podrá solicitar una Audiencia Imparcial. Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que usted solicitó, nosotros debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación, o dentro de los 7 días calendario si su solicitud es para una Parte B de Medicare. medicamento con receta médica.
- Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó, automáticamente enviaremos su apelación a una Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. Si su apelación está relacionada con un beneficio de Medicaid, le informaremos cómo puede usted solicitar una Audiencia Imparcial del Distrito.

Apelaciones de normas – Parte D

- Si nosotros usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta a una solicitud de apelación de medicamentos de la Parte D **dentro de 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si su apelación es acerca de medicamentos que aún no ha recibido. Si su apelación está relacionada con medicamentos que ha recibido por los cuales se solicita el pago, su apelación se resolverá dentro de 14 días calendario.
- Para solicitudes relacionadas con un artículo o servicio médico, si usted solicita más tiempo o si nosotros necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, podemos tomar hasta 14 días calendario más. Si nosotros decidimos que debemos tomar más tiempo para llegar a una decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si usted piensa que no debemos tomar más tiempo, usted puede presentar una queja rápida acerca de nuestra decisión de hacerlo. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja **dentro de 24 horas**. La información acerca de cómo puede usted presentar una queja rápida se incluirá en nuestra notificación.
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite correspondiente anterior (o al final del tiempo extendido o si lo necesitamos para su solicitud de un artículo o servicio médico), nosotros debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones
- Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que usted solicitó, automáticamente enviaremos su apelación a una Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2
- Las Audiencias Imparciales no están disponibles para la Parte D

Apelaciones rápidas – Médicas, Parte B y Parte D

- Cuando nosotros utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta dentro de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación
- Para solicitudes relacionadas con un artículo o servicio médico, si usted solicita más tiempo o si nosotros necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarle, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más. Si nosotros decidimos tomar más tiempo para llegar a una decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o al final del período extendido si lo necesitamos), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente
- Si nuestra respuesta es sí a una parte o todo lo que solicitó, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación

Quejas, apelaciones y Audiencias Imparciales

- Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó, automáticamente enviaremos su apelación a una Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. Si su apelación está relacionada con un beneficio de Medicaid, le informaremos a usted cómo solicitar una Audiencia Imparcial del Distrito. Las Audiencias Imparciales no están disponibles para la Parte D.
- Si UnitedHealthcare Community Plan no le notifica acerca de su apelación o no le notifica de manera oportuna, entonces el proceso de apelación se considerará completo y usted puede solicitar una Audiencia Imparcial del Distrito. Las Audiencias Imparciales no están disponibles para la Parte D.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación, lo que significa que no la revisaremos. Ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si nosotros rechazamos una solicitud de apelación, enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión de las razones por el rechazo.

Apelaciones – Nivel 2

Las apelaciones de nivel 2 ocurren fuera del plan de salud y están disponibles después de completar la apelación de nivel 1 en el plan de salud. A continuación, se explica cómo se presentan las apelaciones de Nivel 2.

- Le enviaremos una carta con nuestra decisión acerca de su apelación de nivel 1. Si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación de nivel 1, la carta le informará que procede a continuación.
- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que generalmente está cubierto por Medicare (excluyendo la Parte D), automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la Apelación de Nivel 1. Las Apelaciones de Nivel 2 son revisadas por una Organización de Revisión Independiente (IRO). La IRO le notificará sus hallazgos y le indicará qué tiene usted que hacer a continuación si continúa en desacuerdo.
- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que generalmente está cubierto por Medicaid, usted puede presentar una apelación de nivel 2 (Audiencia Imparcial del distrito) usted mismo. La carta con nuestra decisión le dirá cómo hacer esto. Los servicios cubiertos por Medicaid no se remitirán a la IRO.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare (excluyendo la Parte D) como por Medicaid, automáticamente obtendrá una Apelación de Nivel 2 con la IRO. También puede solicitar una Audiencia Imparcial con el distrito.

Quejas, apelaciones y Audiencias Imparciales

- Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento apelado también pueden continuar durante el Nivel 2
- Si su problema es acerca de un servicio que generalmente solo cubre Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente
- Si su problema es acerca de un servicio que generalmente está cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de la carta de decisión del plan

Audiencias Imparciales

Si usted no está satisfecho con el resultado de la apelación que presentó ante UnitedHealthcare Community Plan por los servicios cubiertos por Medicaid, puede solicitar una Audiencia Imparcial con la Oficina de Audiencias Administrativas del Distrito. Usted debe solicitar su Audiencia Imparcial dentro de 120 días calendario a partir de la fecha de la decisión de nivel 1 de UnitedHealthcare Community Plan.

Si usted desea continuar recibiendo el beneficio durante su Audiencia Imparcial o apelación, debe solicitar la Audiencia Imparcial dentro de 10 días calendario a partir del matasellos del aviso de resolución de apelación de UnitedHealthcare Community Plan o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción propuesta de UnitedHealthcare Community Plan (en otras palabras, cuando el beneficio se suspende), lo que ocurra más tarde.

Para presentar una solicitud de Audiencia Imparcial, llame al gobierno del distrito al 202-442-9094 o escriba a:

District of Columbia Office of Administrative Hearings
Clerk of the Court
441 4th Street, NW, Room N450
Washington, DC 20001

Sus derechos durante los procesos de quejas formales, apelaciones y Audiencias Imparciales

Usted tiene el derecho a una Audiencia Imparcial por los servicios cubiertos por Medicaid. Puede solicitar una Audiencia Imparcial de la oficina de Audiencias Administrativas después de haber completado el proceso de apelación de nivel 1 con UnitedHealthcare Community Plan. Usted debe solicitar una Audiencia Imparcial dentro de 120 días calendario a partir de la fecha de envío del aviso que confirma la determinación adversa de beneficios.

- Si UnitedHealthcare Community Plan no le notifica acerca de su apelación o no le notifica de manera oportuna, el proceso de apelación se considerará completo y usted puede solicitar una Audiencia Imparcial
- Usted tiene el derecho a seguir recibiendo el beneficio que le negamos mientras se revisa su apelación o Audiencia Imparcial. Para mantener su beneficio durante una Audiencia Imparcial, usted debe solicitar la Audiencia Imparcial dentro de 10 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la apelación.
- Usted tiene el derecho a que alguien de UnitedHealthcare Community Plan lo ayude con los procesos de quejas o apelaciones
- Usted tiene el derecho a representarse a sí mismo o ser representado por su cuidador familiar, abogado u otro representante
- Usted tiene el derecho a que se realicen adaptaciones para cualquier necesidad de atención médica especial que usted tenga
- Usted tiene el derecho a las capacidades y servicios adecuados de TTY/TTD para personas con discapacidad visual
- Usted tiene el derecho a servicios de traducción adecuados y a un intérprete
- Tiene derecho a examinar todos los documentos relacionados con la queja, la apelación o la Audiencia Imparcial

Si usted tiene alguna pregunta acerca del proceso de quejas o apelaciones/Audiencias Imparciales, llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711**.

Cancelación de su membresía en el plan

La finalización de su membresía puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (no su propia elección):

- Usted puede dejar nuestro plan porque lo ha decidido usted mismo
 - Hay ciertas épocas durante el año, o ciertas situaciones, en las que usted puede cancelar voluntariamente su membresía en el plan
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija
- También existen situaciones limitadas en las que usted no elige abandonar el plan, pero nosotros estamos obligados a cancelar su membresía
- Si usted abandona nuestro plan, debe continuar recibiendo atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía

Cancelación voluntaria de la membresía:

Usted puede abandonar el programa en cualquier momento. Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente o cambiarse a Medicare de pago por servicio. Esto se puede hacer una vez en cada trimestre o durante otros períodos especiales durante el año.

Su membresía terminará el primer día del mes después que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si usted elige también inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Finalización involuntaria de la membresía:

En determinadas circunstancias, UnitedHealthcare Community Plan debe cancelar su membresía en el plan. Estas circunstancias son:

- Si no permanece inscrito continuamente en la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si ya no es elegible para Medicaid. Nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Debemos notificarle por escrito que usted tiene un período de gracia hasta por un mes para recuperar la elegibilidad antes de que cancele su inscripción en Medicaid.

Quejas, apelaciones y Audiencias Imparciales

- Si se muda fuera del Distrito de Columbia
- Si está fuera del Distrito de Columbia por más de tres meses
- Si usted se muda o realiza un viaje extenso, debe llamar a Servicios para Afiliados para conocer si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de los Servicios para Afiliados están anotados en la contraportada de este folleto.)
- Si es encarcelado (va a una prisión)
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos
- Si miente u oculta información acerca de otro seguro que tenga y que le brinde cobertura de medicamentos recetados
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare y Medicaid.)
- Si se comporta continuamente de una manera desordenada y nos dificulta brindarle atención médica a usted ya otros afiliados de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare y Medicaid.)
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de afiliado de UnitedHealthcare Community Plan para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare y Medicaid.)
 - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso
- Si debe pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan

Nosotros **no** podemos pedirle que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud. No le daremos de baja de nuestro producto debido al estado de salud o la utilización del servicio. Si usted piensa que se le solicita que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si nosotros cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito para cancelar su afiliación. También debemos explicar cómo usted puede presentar una queja o una reclamación acerca de nuestra decisión de cancelar su membresía, tal y como es su derecho.

Periodo de gracia:

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) o tiene beneficios de Medicaid (QMB +) y pierde su elegibilidad para Medicaid, nosotros le proporcionaremos un período de gracia hasta por un mes mientras vuelve a solicitar asistencia. Usted permanecerá inscrito en nuestro plan durante este tiempo. Durante el período de gracia, usted no será responsable de los copagos o coseguros de los servicios cubiertos.

Si usted necesita servicios cubiertos durante este tiempo y recibe facturas de su proveedor, no pague la factura y comuníquese con Servicios para Afiliados. Si ya pagó copagos o coseguro durante el período de gracia, comuníquese con Servicios para Afiliados y le reembolsaremos.

Por favor guarde copias de sus facturas y recibos de cualquier atención médica recibida durante el período de gracia. También conserve una copia de cualquier notificación u otra documentación relacionada con su pérdida de elegibilidad para Medicaid para que nosotros podamos verificar la elegibilidad para el período de gracia.

Si usted no recupera la elegibilidad para Medicaid durante el período de gracia, se cancelará su inscripción en nuestro plan y volverá a Medicare Original si es elegible para Medicare Original. Si no es elegible para los beneficios de Medicare, debe consultar con la Administración de Seguridad Económica para conocer si hay otros programas públicos disponibles para usted. Si recibe un aviso de que su cobertura de Medicaid ha vencido, comuníquese con la oficina de Medicaid lo antes posible para volver a solicitar ayuda. Comuníquese con Servicios para Afiliados si tiene alguna pregunta.

Aviso de prácticas de privacidad

Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar su **información médica** y cómo usted puede obtenerla. Por favor, léalo atentamente.

Las leyes federales y del Distrito protegen la privacidad de sus expedientes y su información médicos personal. Nosotros protegemos su información médica personal según lo exigen estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos proporcionó cuando usted se inscribió en este plan, así como sus expedientes y otra información médicos y de salud
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le proporcionamos un aviso por escrito, llamado “Aviso de Prácticas de Privacidad”, que le informa acerca de estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos que personas no autorizadas no vean ni cambien sus expedientes
- En la mayoría de las situaciones, si le damos su información médica a alguien que no le brinda atención o no paga por ella, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted o alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted puede otorgar un permiso por escrito.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que nosotros obtengamos su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o requeridas por ley.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención médica
 - Debido a que usted es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, nosotros debemos brindarle a Medicare su información médica, incluida la información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales. Usted puede ver la información en sus expedientes y saber cómo se ha compartido con otros. Usted tiene el derecho a ver sus expedientes médicos que se encuentran en el plan y a obtener una copia de sus expedientes. Nosotros podemos cobrarle una tarifa por hacer copias. Usted también tiene el derecho a solicitarnos que agreguemos o corriamos sus expedientes médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios. Usted tiene

derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para cualquier propósito que no sea de rutina. Si usted tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Afiliados (los números de teléfono están anotados en la portada de este folleto.)

Por ley, nosotros debemos proteger la privacidad de su información médica ("HI"). Debemos enviarle un aviso acerca de esto. Le informa:

- Cómo podemos usar su HI
- Cuándo podemos compartir su información de salud con otros
- Qué derechos tiene usted para acceder a su HI. Por ley, debemos seguir los términos de este aviso
- HI es información acerca de su salud o servicios de atención médica. Nosotros tenemos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad para manejar la HI. Si los cambiamos, se lo notificaremos por correo postal o electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en este sitio en internet (www.myuhc.com/CommunityPlan). Le notificaremos de un incumplimiento de su HI. Recopilamos y conservamos su HI para la administración nuestro negocio. La HI puede ser oral, escrita o electrónica. Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su HI. Contamos con salvaguardas para proteger su HI.

Cómo usamos o compartimos su información

Nosotros debemos usar y compartir su HI con:

- Usted o su representante legal
- Agencias gubernamentales

Nosotros tenemos el derecho a usar y compartir su información de salud para ciertos propósitos. Debe ser para su tratamiento, para pagar su atención médica o para administrar nuestro negocio. Nosotros podemos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera:

- **Para hacer pagos.** Nosotros podemos usar o compartir su HI para procesar pagos de primas y reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para tratamiento o atención médica.** Nosotros podemos compartir su HI con sus proveedores para ayudar con su atención.
- **Para operaciones de atención médica.** Podemos sugerirle un programa de control de enfermedades o de bienestar. Nosotros podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Informarle acerca de programas o productos de salud.** Es posible que le informemos acerca de otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar limitadas por ley.

Aviso de prácticas de privacidad

- **Para patrocinadores del plan.** Nosotros podemos proporcionar información acerca de la inscripción, la cancelación de la inscripción y la HI resumida a su empleador. Podemos proporcionarles otra HI si limitan adecuadamente su uso.
- **Para fines de suscripción.** Nosotros podemos utilizar su HI para tomar decisiones de suscripción. No utilizaremos su HI genética para fines de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Nosotros podemos utilizar su HI para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios de salud.
- **Para comunicaciones con usted**

Podemos usar o compartir su HI de la siguiente manera:

- **Según lo requiera la ley**
- **A las personas involucradas con su atención médica.** Esto puede ser para un miembro de la familia en caso de emergencia. Esto puede suceder si usted no puede aceptar u objetar. Si no puede objetar, usaremos nuestro mejor juicio. Si está permitido, después de su fallecimiento, nosotros podemos compartir su información de salud con familiares o amigos que ayudaron con su atención médica.
- **Para actividades de salud pública.** Esto puede ser para prevenir brotes de enfermedades.
- **Por denunciar abuso, negligencia o violencia doméstica.** Nosotros solo podemos compartir con entidades autorizadas por ley para obtener esta información de salud. Esta puede ser una agencia de servicios sociales o de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud a una agencia autorizada por la ley para obtener el HI.** Esto puede ser para licencias, auditorías e investigaciones de fraude y abuso.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos.** Para responder a una orden judicial o citación.
- **Para la aplicación de la ley.** Para encontrar a una persona desaparecida o denunciar un delito.
- **Por amenazas a la salud o la seguridad.** Esto puede ser para las agencias de salud pública o fuerzas del orden. Un ejemplo es una emergencia o un desastre.
- **Para funciones gubernamentales.** Esto puede ser para uso militar y de veteranos, seguridad nacional o servicios de protección.
- **Para compensación laboral.** Cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar enfermedad o discapacidad.
- **Para dar información acerca del fallecimiento.** Esto puede ser para un doctor o un doctor forense. Para identificar a la persona fallecida, investigación de la causa de la muerte o según lo establezca la ley. Nosotros podemos proporcionar información de salud a los directores de casas funerarias.

- **Para trasplante de órganos.** Para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, ojos o tejido.
- **A instituciones correccionales o fuerzas del orden.** Para las personas bajo custodia:
(1) para brindar atención médica; (2) para proteger su salud y la salud de los demás; y
(3) por la seguridad de la institución.
- **A nuestros socios comerciales si es necesario para brindarle servicios.** Nuestros asociados acuerdan proteger su HI. No se les permite utilizar la información de salud más allá de lo permitido por nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y del Distrito pueden limitar aún más nuestro uso de la HI anotado a continuación. Seguiremos las leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Abuso de alcohol y sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso o negligencia de niños o adultos, incluida la agresión sexual
 4. Enfermedades transmisibles
 5. Información genética
 6. VIH / SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Recetas
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Nosotros podemos usar el número de teléfono o el correo electrónico que nos proporcionó para comunicarnos con usted acerca de sus beneficios, atención médica o pagos. Solo usaremos su HI como se describe aquí o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir notas de psicoterapia acerca de usted. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su HI a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su HI en ciertos correos promocionales. Si usted nos permite compartir su información de salud, el destinatario puede compartirla también. Usted puede retirar su consentimiento. Para saber cómo hacerlo, llame al número de teléfono que se anota en su tarjeta de identificación.

Aviso de prácticas de privacidad

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Usted puede solicitar que se limite el uso compartido con miembros de la familia u otras personas. Nosotros podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Intentaremos cumplir con su solicitud, pero no estamos obligados a hacerlo.**
- **Solicitar recibir comunicaciones confidenciales** de cierta manera o a un lugar diferente. Por ejemplo, a un apartado de correos en lugar de hacerlo a su hogar. Nosotros aceptaremos su solicitud cuando una divulgación pueda ponerlo en peligro. Aceptamos solicitudes verbales. Usted puede cambiar su solicitud. Esto debe hacerse por escrito. Envíe la solicitud a la siguiente dirección.
- **Ver u obtener una copia** de cierta HI. Usted debe solicitarlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección abajo mencionada. Si nosotros mantenemos estos expedientes en formato electrónica, usted puede solicitar una copia electrónica. Se puede enviar su expediente a un tercer destinatario. Es posible que se envíe un resumen. Nosotros podemos cobrar por las copias. Nosotros podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted puede solicitar que se revise la denegación.
- **Solicitar una modificación.** Si usted piensa que su HI es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que se cambie. Debe solicitarlo por escrito. Usted debe dar las razones por el cambio. Envíe la solicitud a la siguiente dirección. Si denegamos su solicitud, usted puede agregar su desacuerdo a su HI.
- **Obtener un informe de la información de salud compartida** en los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. Esto no incluirá ninguna HI compartida por las siguientes razones: (i) Para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica; (ii) Con su consentimiento o sin su consentimiento; (iii) Con instituciones correccionales o fuerzas del orden. Esto no se extiende a las divulgaciones que la ley federal no nos obliga a mantener archivadas.
- **Obtener una copia impresa de este aviso.** Usted puede solicitar una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio en internet en (www.myuhc.com/CommunityPlan).

Uso de sus derechos

- **Para comunicarse con su plan de salud.** Llame al número de teléfono que se anota en su tarjeta de identificación o puede comunicarse con el Centro de llamadas para afiliados al **1-866-242-7726** o TTY/RTT **711**.
- **Para enviar una solicitud por escrito,** envíela por correo a:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300, P.O. Box 1459
Minneapolis MN 55440

82 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711**.

- **Presentar una queja.** Si usted piensa que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja a la dirección arriba mencionada. Usted también puede notificar al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Nosotros no tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

Aviso de privacidad de la información financiera

Nosotros protegemos su "**información financiera personal**" ("**FI**"). FI es información no relacionada con la salud. FI lo identifica usted y generalmente no es información pública.

Información que recopilamos

- Nosotros obtenemos FI de sus solicitudes o formularios. Puede ser su nombre, la dirección, la edad y el número de seguro social.
- Nosotros obtenemos FI de sus transacciones con nosotros u de otros. Estos pueden ser datos de sus pagos de las primas.

Divulgación de FI

Nosotros solo compartiremos FI según lo permita la ley. Podemos compartir su FI para administrar nuestro negocio. Podemos compartir su FI con nuestros afiliados. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su FI para procesar transacciones
- Podemos compartir su FI para mantener su(s) cuenta(s)
- Podemos compartir su FI para responder a órdenes judiciales e investigaciones legales
- Podemos compartir su FI con empresas que preparan nuestros materiales de mercadotecnia

Confidencialidad y seguridad

Nosotros limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su FI. Contamos con salvaguardas para proteger su FI.

Preguntas acerca de esta información

Llame al número de teléfono gratuito para afiliados que se anota en la tarjeta de identificación del plan de salud o comuníquese con el Centro de llamadas para afiliados al **1-866-242-7726**, o TTY/RTT **711**.

Programa de Defensor del pueblo de atención médica (Ombudsman)

El Programa del Defensor (Ombudsman) del pueblo de atención médica es un programa del Gobierno del Distrito de Columbia que le brinda asistencia y asesoramiento para recibir atención médica de su plan. El Ombudsman de atención médica puede ofrecerle los siguientes servicios:

- Explicar la atención médica que usted tiene derecho a recibir,
- Responder a sus preguntas e inquietudes acerca de su atención médica,
- Ayudarle a comprender sus derechos y responsabilidades como afiliado a un plan,
- Brindar ayuda para obtener los servicios médicamente necesarios que usted necesita,
- Responder a las preguntas e inquietudes que usted pueda tener acerca de la calidad de su atención médica,
- Ayudarle a resolver problemas con su doctor u otro proveedor de atención médica,
- Ayudarle para resolver quejas y problemas con su plan,
- Ayudarle con los procesos de apelación, y
- Ayudarle para presentar una solicitud de Audiencia Imparcial en su nombre.

Para comunicarse con el Ombudsman de atención médica, por favor llame al 202-724-7491 o al 1-877-685-6391 (sin cargo). El Ombudsman de atención médica no toma decisiones acerca de las quejas, apelaciones o Audiencias Imparciales. La Oficina del Defensor del Pueblo y la Declaración de los Derechos de la Atención Médica se encuentra en:

One Judiciary Square
441 4th Street, NW
Suite 250 North
Washington, DC 20001

Teléfono: 202-724-7491

Fax: 202-442-6724

Número gratuito: 1-877-685-6391

Correo electrónico: healthcareombudsman@dc.gov

Definiciones

Directivas anticipadas — Un documento legal escrito y firmado por usted para que otras personas conozcan qué atención médica usted desea o no desea, si está muy enfermo o lesionado y no puede hablar por sí mismo.

Defensor — Una persona que le ayuda a obtener la atención médica y otros servicios que usted necesita.

Apelación — Una apelación es un tipo especial de queja que usted presenta si no está de acuerdo con una decisión que toma UnitedHealthcare Community Plan de denegar una solicitud de servicios de atención médica o el pago de servicios que ya recibió. También puede presentar este tipo de queja si no está de acuerdo con la decisión de suspender los servicios que usted está recibiendo.

Cita — Una hora y un día determinados que usted y su doctor reservan para satisfacer sus necesidades de atención médica.

Administrador de cuidados — Una persona que trabaja para UnitedHealthcare Community Plan que le ayudará a obtener la atención médica, el apoyo y la información que necesita para mantenerse saludable.

Revisión — Vea Pruebas.

Anticoncepción — Suministros médicos relacionados con el control del embarazo.

Servicios cubiertos — Servicios de atención médica que pagará UnitedHealthcare Community Plan cuando los complete un proveedor.

Desintoxicación — Eliminación de las sustancias nocivas del cuerpo como las drogas y el alcohol.

Programa para el manejo de las enfermedades — Un programa para ayudar a las personas con enfermedades crónicas o necesidades especiales de atención médica, como asma, presión arterial alta o enfermedades mentales, a obtener la atención médica y los servicios que necesitan.

Equipo médico durable (DME) — Equipo médico especial que su doctor puede ordenar o indicar para que usted lo use en su hogar.

Definiciones

Cuidados médicos de emergencia — La atención médica que usted necesita de inmediato para una afección grave, repentina y a veces, potencialmente mortal.

Afiliado — La persona que recibe atención médica a través de la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan.

Tarjeta de identificación del afiliado (ID) — La tarjeta que les permite a sus doctores, hospitales, farmacias y otras personas saber que usted es un afiliado de UnitedHealthcare Community Plan.

Audiencia Imparcial — Usted puede solicitar una Audiencia Imparcial en la Oficina de Audiencias Administrativas de DC si no está satisfecho con la decisión con respecto a su apelación.

Planificación familiar — Servicios como pruebas de embarazo, control de la natalidad, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual y pruebas y asesoramiento sobre el VIH/SIDA.

Doctor de familia y de medicina general — Un doctor que puede tratar a toda la familia.

Reclamación — Si usted no está satisfecho con la atención médica que recibe o los servicios de atención médica que le brinda UnitedHealthcare Community Plan, puede llamar a Servicios para Afiliados para presentar una reclamación.

Manual — Este manual le da a usted información acerca de UnitedHealthcare Community Plan y de nuestros servicios.

Personas con discapacidad auditiva — Sí usted no puede oír bien o si es sordo.

Inmunización — Una inyección o vacunación.

Doctor de medicina interna — Es un doctor para adultos y menores mayores de 14 años.

Servicios de interpretación/traducción — Ayuda que ofrece UnitedHealthcare Community Plan cuando usted necesita hablar con alguien en su idioma o necesita ayuda para hablar con su doctor o en el hospital.

Servicios y apoyos a largo plazo — Atención médica brindada durante un período de tiempo más prolongado que le ayuda a mantenerse seguro y saludable en el hogar, tal como un asistente de atención médica en el hogar o en un entorno de atención médica, como un centro de enfermería.

Maternidad — El período de tiempo en que una mujer está embarazada y poco después del parto.

Salud mental — Cómo piensa, siente y actúa una persona en diferentes situaciones.

Proveedores de la red — Doctores, enfermeras, dentistas y otras personas que se ocupan de su salud y forman parte de UnitedHealthcare Community Plan.

Servicios no cubiertos — Atención médica que UnitedHealthcare Community Plan no paga cuando la realiza un proveedor.

OB/GYN (Obstetra/Ginecólogo) — Obstetra/ginecólogo; es un doctor capacitado para cuidar la salud de una mujer, incluyendo cuando está embarazada.

Proveedores por fuera de la red — Doctores, enfermeras, dentistas y otras personas que se ocupan de su salud, pero que no forman parte de UnitedHealthcare Community Plan.

Pediatras — Un doctor para niños.

Farmacias — El sitio donde obtiene sus medicamentos.

Plan de incentivos para doctores — Le informa a usted si su doctor tiene algún arreglo especial con UnitedHealthcare Community Plan.

Cuidados médicos de postparto — Atención médica para una mujer después de tener a su bebé.

Cuidados prenatales — Atención médica que se le brinda a una mujer embarazada durante todo el tiempo que está embarazada.

Prescripción — Una orden de medicamentos que le receta su doctor; usted debe llevarla a la farmacia para obtener el medicamento.

Asesoramiento preventivo — Cuando usted desea hablar con alguien acerca de las formas de ayudarlo a mantenerse saludable o evitar que se enferme o se lastime.

Proveedor de atención primaria (PCP) — El doctor que le atiende la mayor parte del tiempo.

Autorización previa — Permiso por escrito de UnitedHealthcare Community Plan para recibir atención médica o tratamiento.

Directorio de proveedores — Una lista de todos los proveedores que forman parte de UnitedHealthcare Community Plan.

Proveedores — Doctores, enfermeras, dentistas y otras personas que se ocupan de su salud.

Definiciones

Referencia — Cuando su doctor principal le da una nota escrita que lo envía a ver a otro doctor.

Cuidados médicos de rutina — La atención médica regular que recibe de su proveedor de atención primaria (PCP) o de un doctor al que lo envía su proveedor de atención primaria (PCP). La atención de rutina puede ser un chequeo, un examen físico, de salud y una atención médica regular para problemas de salud como diabetes, asma e hipertensión.

Pruebas — Una prueba médica que su doctor u otro proveedor de atención médica pueden realizar para conocer su estado de salud. Esto podría ser una prueba de audición, una prueba de la visión o una prueba para ver si su hijo se está desarrollando normalmente.

Servicios de autorreferencia — Ciertos servicios que usted puede obtener sin necesidad de obtener una nota escrita o una referencia de su doctor principal.

Servicios — La atención médica que recibe de su doctor u otro proveedor de atención médica.

Necesidades especiales de atención médica — Niños y adultos que necesitan atención médica y otros servicios especiales necesarios que son más extensos o diferentes de los que necesitan otros niños y adultos.

Especialista — Un doctor capacitado para brindar un tipo de atención médica especial, como un doctor del oído, nariz y garganta o un doctor de los pies.

Atención médica especializada — Atención médica proporcionada por doctores o enfermeras capacitados para brindar un tipo específico de atención médica.

Procedimientos de esterilización — Una cirugía que puede llevarse a cabo si usted no desea tener hijos en el futuro.

Servicios de transporte — Ayuda de UnitedHealthcare Community Plan para que usted pueda llegar a su cita. El tipo de transporte que recibe depende de sus necesidades médicas.

Tratamiento — La atención médica que usted recibe de su doctor.

Atención médica de urgencia — La atención médica que necesita en un plazo de 24 horas, pero no de inmediato.

Deficiencias visuales — Si usted no puede ver bien o es ciego.



UnitedHealthcare Community Plan no trata a los afiliados de manera diferente por motivos de sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional.

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

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

Debe enviar la queja dentro de los 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Usted recibirá la decisión en un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con esta decisión, tendrá 15 días para pedirnos que la revisemos nuevamente.

Si necesita ayuda con su queja, llame al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a. m. a 5:30 p. m., hora del este, de lunes a viernes, de abril a septiembre; y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, de octubre a marzo.

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

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

Los formularios de queja están disponibles en:

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

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

Correo:

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

UnitedHealthcare Community Plan puede proporcionar servicios gratuitos para ayudarlo a comunicarse con nosotros, como:

- Intérpretes cualificados de lengua de signos
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, incluidos intérpretes de idiomas calificados e información escrita en otros idiomas

Para solicitar ayuda, llame al **1-866-242-7726**, TTY **711**, entre las 8:00 a.m. y las 5:30 p.m. EST, de lunes a viernes, meses de abril a septiembre; de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. EST, los 7 días de la semana, meses de octubre a marzo.

Si necesita cualquier otra ayuda, comuníquese con la Oficina del Ombudsman de Atención Médica al 202-724-7491.

CSDC22MC5122205_000

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 89
o llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711**.



Estamos aquí para usted

Recuerde, siempre estamos listos para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame a Servicios para Afiliados al **1-866-242-7726**, TTY **711**. También puede visitar nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicios para Afiliados:

1-866-242-7726, TTY **711**

8:00 a.m.–8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo;

8:00 a.m.–5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre

655 New York Avenue NW
Washington, DC 20001

myuhc.com/CommunityPlan

**United
Healthcare
Community Plan**

Puede llamarnos sin cargo al **1-866-242-7726**, TTY **711**,
8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo;
8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Este número también se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

655 New York Avenue NW
Washington, DC 20001

