



Le damos la bienvenida a la comunidad

**Manual para Miembros de STAR+PLUS
de UnitedHealthcare Community Plan**

**Servicio al Cliente: 1-888-887-9003; las personas sordas y con dificultades
auditivas deben llamar al TDD/TTY: 7-1-1**

**United
Healthcare
Community Plan**



TEXAS
Health and Human
Services

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

Servicio al Cliente

1-888-887-9003; las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1**

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

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

Qué debe hacer en caso de una emergencia

Si cree que necesita atención de emergencia, llame al **9-1-1** o diríjase al hospital o centro de emergencias más cercano. Puede llamar al **9-1-1** si necesita ayuda para llegar a la sala de emergencias del hospital. Si recibe Servicios de Emergencia, llame a su médico para programar una visita de seguimiento lo antes posible. Llámenos e infórmenos sobre la atención de emergencia que recibió. Una emergencia es una situación en la que usted cree que tiene una afección médica grave o que correrá riesgo su vida, integridad física o vista si no recibe atención médica de inmediato.

Qué hacer ante una emergencia de salud conductual

Debe llamar al **9-1-1** si tiene una emergencia de salud conductual que pone en riesgo su vida. También puede acudir a un centro para casos de crisis o a la sala de emergencias más cercana. Deberá llamar a Optum Behavioral Health al **1-888-887-9003** lo antes posible.

En caso de una emergencia, llame al 9-1-1

Si cree que no es una emergencia, pero necesita ayuda, llame a NurseLine al **1-887-839-5407**.

Llámenos si tiene preguntas acerca de su Plan de salud. Nuestro número gratuito de Servicio al Cliente es **1-888-887-9003**; las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1**. Cuando llame, habrá personas disponibles que pueden hablarle en español e inglés.

Este Manual para Miembros está disponible en audio, braille, letra grande y en otros idiomas si lo solicita. Llame al **1-888-887-9003** para obtener ayuda.

Números de teléfono gratuitos

Servicio al Cliente **1-888-887-9003**

Instrucciones para acceder a los servicios cubiertos, información y servicios de interpretación disponibles en varios idiomas, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., excepto los feriados aprobados por el estado (consulte la página 5). Fuera del horario regular, comuníquese con la línea NurseLine. Si cree que necesita atención de emergencia, llame al **9-1-1** o diríjase al hospital o centro de emergencias más cercano. TDD/TTY (para personas sordas y con dificultades auditivas) ... **7-1-1**

Coordinación de Servicios **1-800-349-0550**

(de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.)

Línea NurseLine

(disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) **1-877-839-5407**, TTY: **7-1-1**

- Se habla español
- Servicios de interpretación disponibles

Para Servicios Dentales, Llame al Plan Dental de Medicaid de su Hijo

DentaQuest **1-800-516-0165**

MCNA Dental **1-855-691-6262**

UnitedHealthcare Dental **1-877-901-7321**

Para Programar Citas de Atención Oftalmológica, Llame a Servicio al Cliente ... **1-888-887-9003**

Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas **1-877-541-7905**

Servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de

Emergencia (NEMT): Línea Directa Where's My Ride **1-866-528-0441**, TTY: **711**

Instrucciones para acceder a los servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia (Nonemergency Medical Transportation, NEMT): disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., se habla español. Información e intérpretes disponibles en varios idiomas.

Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias **1-888-887-9003**

Optum Behavioral Health; disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Instrucciones para acceder a los servicios cubiertos, información y servicios de interpretación disponibles en varios idiomas. **Si está ante una situación de crisis o tiene problemas con la línea telefónica, llame al 9-1-1 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.**

Equipo de Asistencia del Defensor del Pueblo del Estado

para la Atención Médica Administrada **1-866-566-8989**

Línea de Ayuda de Atención Administrada de Medicaid TDD/TTY **1-866-222-4306**

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

Línea de Ayuda del Programa STAR+PLUS **1-800-964-2777**

Aspectos destacados del Plan de salud

Gracias por elegir UnitedHealthcare Community Plan como su Plan de salud

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan, una Organización de Atención Administrada (Managed Care Organization, MCO), asume el compromiso de ayudarle a obtener la atención de la salud que necesita. En UnitedHealthcare Community Plan, nuestro objetivo es ayudar a todos nuestros miembros a llevar una vida más saludable. Tendrá su propio médico, llamado Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP), que conocerá su historial médico y se esforzará por ayudarle a mantenerse saludable. Este profesional sabe que administrar su atención de la salud es importante. Los exámenes regulares que le realice pueden ayudar a detectar problemas de forma temprana. El Proveedor de Atención Primaria tiene como objetivo brindarle ayuda antes de que los problemas se agraven, por lo que le dará un referido a los Especialistas cuando sea necesario. UnitedHealthcare Community Plan dispone de una Red de médicos, hospitales y otros prestadores de atención médica con los que puede contar. Muchos de ellos se encuentran cerca de su hogar. Le ayudaremos a mantenerse saludable y a recibir una buena atención de la salud cuando la necesite. UnitedHealthcare Community Plan trabajará arduamente para garantizar que obtenga acceso a la atención que necesita.

Guía para una buena salud

Lea este Manual para Miembros. En él, encontrará información sobre sus beneficios y ayuda para usar su Plan de salud de inmediato. Si usted considera que necesita este manual en braille, letra grande, otro idioma o en audio, puede llamarnos al **1-888-887-9003**. El Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan siempre está listo para ayudarle.

Observe su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. Asegúrese de que toda la información sea correcta. Deseamos lograr que el uso de su Plan de salud le resulte fácil. Podemos responder a cualquier pregunta que tenga sobre cómo empezar. Si tiene preguntas, llámenos. El número de llamada gratuita de Servicio al Cliente es **1-888-887-9003**. Estamos aquí para ayudarle de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La cobertura fuera del horario regular y durante los fines de semana se encuentra disponible a través de un sistema telefónico automático.

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

Nota: Se aplican las referencias a “usted”, “mi” o “yo” si es miembro de STAR+PLUS. Se aplican referencias a “mi hijo” si su hijo es miembro de STAR+PLUS.

Los números de teléfono que se enumeran en este manual son de llamada gratuita.

UnitedHealthcare Community Plan es un nombre comercial de United Healthcare Insurance Company en las áreas de prestación de servicios de STAR+PLUS MRSA de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC) y UnitedHealthcare Community Plan of Texas L.L.C. en todas las otras áreas de prestación de servicios de Medicaid/CHIP de dicha Comisión.

¿Quiere acceder a su información desde una aplicación móvil?

Descargue la aplicación de UnitedHealthcare® en App Store o Google Play. Ofrece muchas de las mismas características del sitio web seguro para miembros, y puede usar el mismo nombre de usuario y contraseña. Es muy útil cuando se encuentra fuera de su hogar.

Sus Proveedores de salud

Nombre de mi Proveedor de Atención Primaria: _____

Número de teléfono de mi Proveedor de Atención Primaria: _____

Nombre del otro médico: _____

Número de teléfono del otro médico: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Si necesita ayuda para encontrar un Proveedor o si tiene preguntas sobre su Plan de salud, llámenos. Para comunicarse con Servicio al Cliente en Texas, puede llamar en forma gratuita al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Ubicación de nuestras oficinas

UnitedHealthcare Community Plan

Oficina Principal

14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478

También puede visitar nuestro sitio web en UHCCommunityPlan.com.

¿En qué consiste el Servicio al Cliente?

UnitedHealthcare Community Plan dispone de un Servicio al Cliente que puede responder preguntas y brindarle información en inglés y en español sobre lo siguiente:

- Membresía
- Cómo elegir un Proveedor de Atención Primaria
- Especialistas, hospitales y otros Proveedores
- Servicios cubiertos
- Beneficios adicionales
- Cómo cambiar de Proveedor de Atención Primaria
- Presentar una Queja
- Conseguir un intérprete
- Cualquier otro aspecto sobre el cual podría tener una pregunta

Servicio al Cliente

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

Nuestra oficina está cerrada en estos feriados importantes:

- Día de Año Nuevo
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día de los Caídos
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día después de Acción de Gracias
- Navidad

Índice

Aspectos destacados del Plan de salud	3
Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan	3
Guía para una buena salud	3
Ubicación de nuestras oficinas	5
¿En qué consiste el Servicio al Cliente?	5
¿Cuándo y dónde uso mi tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan? ..	13
Cómo leer su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan	14
Cómo reemplazar su tarjeta si la pierde	14
Su Tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits (YTB)	15
Portal para Clientes de Medicaid de YourTexasBenefits.com	16
Su Formulario de Verificación Temporal de Medicaid (Formulario 1027-A)	17
Visitas al médico	18
¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria (PCP)?	18
¿Se puede considerar a un Especialista como un Proveedor de Atención Primaria?	18
¿Qué debo llevar a la cita médica?	18
¿Cómo elijo un Proveedor de Atención Primaria?	19
¿Puede una clínica ser mi Proveedor de Atención Primaria?	19
¿Qué sucede si acudo a un médico que no es mi Proveedor de Atención Primaria?	19
¿Cómo sé quién paga?	19
¿Qué sucede si tengo otro seguro?	19
¿Puedo seguir con mi Proveedor si no está en mi Plan de salud?	20
¿Cómo puedo cambiar mi Proveedor de Atención Primaria?	20
¿Cuántas veces puedo cambiar mi Proveedor de Atención Primaria/el Proveedor de Atención Primaria de mi hijo?	20
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de Proveedor de Atención Primaria?	20

¿Hay algún motivo por el cual se pueda rechazar una solicitud de cambio de Proveedor de Atención Primaria?	20
¿Puede un Proveedor de Atención Primaria reasignarme a otro por incumplimiento?	20
Cobertura STAR+PLUS y Medicare	21
¿Cómo me afecta la cobertura STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan si tengo Medicare y STAR+PLUS?	21
Planes de incentivos para médicos	21
¿Qué es la Coordinación de Servicios?	22
¿Qué es la Coordinación de Servicios y en qué puede ayudarme un Coordinador de Servicios?	22
¿Cómo puedo comunicarme con un Coordinador de Servicios?	22
¿Qué otros programas están disponibles para ayudarme a controlar mi enfermedad crónica?	22
Apoyo habitacional	23
Una vivienda segura y asequible puede hacer que sus objetivos sean alcanzables. Estamos aquí para ayudarle.	23
Le conectamos con servicios de calidad en su comunidad	23
¿Sabía que podría elegir a su propio cuidador de salud?	24
¿Qué sucede si necesito consultar a un médico especializado (Especialista)?	25
¿Qué es un referido?	25
¿Qué servicios no necesitan un referido?	26
¿Cuán pronto puedo esperar que me atienda un Especialista?	26
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?	26
Autorización Previa	26
¿Cómo puedo obtener ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental) o problemas de consumo de alcohol o drogas? ¿Necesito un referido para estos servicios?	27
¿Qué son los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental y la Administración de Casos Dirigida a la Salud Mental? ¿Cómo obtengo estos servicios?	28
¿Cómo obtengo mis medicamentos?	28
¿Cómo encuentro una farmacia de la Red?	28
¿Qué sucede si voy a una farmacia fuera de la Red?	29
¿Qué debo llevar a la farmacia?	29

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos?	29
¿Con quién debo comunicarme si tengo problemas para obtener mis medicamentos?	29
¿Qué es una aprobación previa (autorización) de medicamentos recetados?	29
¿Qué sucede si no puedo obtener aprobación para el medicamento que me indicó el médico?	31
¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos?	31
¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy en un centro de enfermería?	31
¿Qué sucede si también tengo Medicare?	31
¿Qué sucede si necesito Equipo Médico Duradero (DME) u otros productos que normalmente se encuentran en una farmacia?	32
¿Qué es el Programa de Asignación Cerrada de Medicaid?	32
¿Con quién me comunico si tengo necesidades especiales de atención de la salud y necesito que alguien me ayude?	33
¿Qué sucede si necesito atención de obstetricia o ginecología? ¿Necesitaré un referido?	33
¿Tengo derecho a elegir un obstetra o ginecólogo como mi Proveedor de Atención Primaria?	33
¿Puedo conservar mi obstetra o ginecólogo, aunque no pertenezca a UnitedHealthcare Community Plan?	34
¿Cómo elijo a un obstetra o ginecólogo?	34
Si no elijo a un obstetra o ginecólogo, ¿tengo acceso directo?	34
¿Necesitaré un referido para acceder a los servicios de un obstetra o ginecólogo?	34
¿Cuán pronto puedo recibir atención después de comunicarme con mi obstetra o ginecólogo para programar una cita?	34
¿Qué sucede si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar?	35
¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?	35
¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece UnitedHealthcare Community Plan a las mujeres embarazadas?	36
¿Puedo elegir a un Proveedor de Atención Primaria para mi bebé antes de que nazca?	36
¿Cómo y cuándo puedo cambiar el Proveedor de Atención Primaria de mi bebé?	36
¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido? ¿Cómo y cuándo debo informar a mi Plan de salud? ¿Cómo y cuándo le digo a mi asistente social?	36
¿Cómo puedo recibir atención de la salud después de que nazca mi bebé y me quede sin cobertura de Medicaid?	36

Programa Healthy Texas Women	37
Programa de Atención de la Salud Primaria del DSHS	37
Programa de Atención de la Salud Primaria Ampliado del DSHS	38
Programa de Planificación Familiar del DSHS	38
¿Cómo programo una cita?	39
¿Qué debo llevar a la cita?	39
¿Cómo obtengo atención médica después de que el consultorio de mi Proveedor de Atención Primaria cierre?	39
¿Qué sucede si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?	40
¿Qué sucede si estoy fuera del estado?	40
¿Qué sucede si estoy fuera del país?	40
¿Qué debo hacer si me mudo?	40
¿Qué sucede si quiero cambiar los Planes de salud?	41
¿Con quién debo comunicarme?	41
¿Cuántas veces puedo cambiar de Plan de salud?	41
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de Plan de salud?	41
¿Puede UnitedHealthcare Community Plan pedir que me den de baja de su Plan de salud (por incumplimiento, etc.)?	41
Servicios de idiomas e intérpretes	42
¿Es posible contar con un intérprete cuando hable con mi médico? ¿Con quién me comunico para solicitar un intérprete? ¿Con cuánta anticipación debo comunicarme?	42
¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del Proveedor?	42
¿Qué significa “Medicamento Necesario”?	42
¿Qué es la atención médica de emergencia?	44
¿Cuán pronto puedo esperar ser atendido en una emergencia?	44
¿Qué es la atención posterior a la estabilización?	45
¿Qué es la Atención médica de Urgencia?	45
¿Qué es la atención médica de rutina y cuán pronto puedo esperar ser atendido?	46
¿Los servicios dentales de emergencia están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan?	46
¿Qué hago si mi hijo necesita atención dental de emergencia?	46

¿Qué servicios dentales cubre UnitedHealthcare Community Plan para los niños?	47
¿Cómo puedo obtener servicios dentales para mi hijo?	47
¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica?	47
Beneficios y servicios	48
¿Cuáles son mis beneficios de atención de la salud?	48
¿Cómo obtengo estos servicios?	49
¿Existe algún límite para los servicios cubiertos?	49
¿Cambiarán mis beneficios de STAR+PLUS si estoy en un centro de enfermería?	49
¿Para qué servicios soy elegible como miembro del Programa de Medicaid para el Cáncer de Mama y de Cuello Uterino (MBCC)?	50
¿Qué son los servicios y apoyos de atención a largo plazo (LTSS) y cómo obtengo estos servicios?	50
¿Cuáles son mis Servicios y Apoyos de Atención a Largo Plazo (LTSS)?	50
¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para obtener información sobre estos servicios?	51
¿Cuáles son mis beneficios de la atención aguda?	51
¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para obtener información sobre estos servicios?	53
¿Qué servicios no están cubiertos?	54
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?	54
Planificación familiar	55
¿Cómo puedo obtener servicios de planificación familiar? ¿Necesito un referido para estos servicios?	55
¿Dónde puedo encontrar un Proveedor de servicios de planificación familiar?	55
¿Qué sucede si soy un trabajador agrícola inmigrante?	55
Otros detalles del Plan	56
¿Qué beneficios adicionales obtengo como miembro de UnitedHealthcare Community Plan?	56
¿Cómo puedo obtener esos beneficios?	62
¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece UnitedHealthcare Community Plan?	62
¿Qué otros servicios puedo obtener a través de UnitedHealthcare Community Plan?	62

¿Qué es la Administración de Casos para niños y mujeres embarazadas?	63
Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia (ECI)	64
Si no tengo automóvil, ¿cómo puedo conseguir que me lleven al consultorio del médico? ¿A quién debo llamar para que me lleve a una cita médica?	65
Transporte	65
Servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia (NEMT)	65
¿Qué son los servicios de NEMT?	65
¿Qué servicios forman parte de los servicios de NEMT?	65
¿Cómo puedo obtener un traslado?	66
¿Qué sucede si pierdo la cobertura de Medicaid?	67
¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar la solicitud de renovación?	68
¿Qué sucede si recibo una factura del médico? ¿Con quién debo comunicarme? ¿Qué información necesitarán?	68
¿Qué debo hacer si me mudo?	68
¿Qué sucede si tengo otro seguro de salud además de Medicaid?	69
¿Puede mi Proveedor de Medicare enviarme una factura por los servicios o suministros si estoy inscrito tanto en Medicare como en Medicaid?	69
Quejas y Apelaciones	70
¿Qué debo hacer si tengo una Queja?	70
¿Con quién debo comunicarme?	70
¿A qué dirección postal puedo enviar una Queja?	70
¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una Queja?	70
¿Cuánto tiempo tardará en procesarse mi Queja?	71
¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una Queja?	71
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento que está cubierto, pero UnitedHealthcare Community Plan lo deniega o limita?	71
¿Cómo puedo saber si los servicios se denegaron?	71
¿Cuáles son los plazos para el proceso de Apelación?	72
¿Cuándo tengo derecho a solicitar una Apelación?	72
¿Tengo que presentar mi solicitud de Apelación por escrito?	72

¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan ayudarme a presentar una Apelación?	72
¿Qué sucede después de mi Apelación?	72
¿Qué es una Apelación de emergencia?	73
¿Cómo solicito una Apelación de emergencia?	73
¿Tengo que presentar la solicitud por escrito?	73
¿Cuáles son los plazos para una Apelación de emergencia?	73
¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza la solicitud de Apelación de emergencia?	73
¿Quién puede ayudarme a presentar una Apelación de emergencia?	73
Audiencia Imparcial Estatal	74
¿Puedo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal?	74
¿Puedo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal de emergencia?	75
Información sobre la Revisión Médica Externa	75
¿Puede un miembro solicitar una Revisión Médica Externa?	75
¿Puedo solicitar una Revisión Médica Externa de emergencia?	76
Directrices Anticipadas	77
¿Qué son las Directrices Anticipadas?	77
¿Cómo obtengo una Directriz Anticipada?	77
¿Quién tiene derecho a tomar decisiones acerca de la atención de la salud?	77
¿Qué sucede si no puedo informar cuáles son mis decisiones de atención de la salud a los Proveedores?	77
¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar decisiones sobre mi atención médica?	78
¿Cuáles son mis opciones para presentar una Directriz Anticipada?	78
¿Se debe respetar mi Directriz Anticipada?	78
¿Debe ser un abogado quien prepare mi Directriz Anticipada?	78
¿Quién debe tener una copia de mi Directriz Anticipada?	78
¿Debo redactar una Directriz Anticipada?	79
¿Puedo cambiar o cancelar mi Directriz Anticipada?	79
¿Qué sucede si ya tengo una Directriz Anticipada?	79



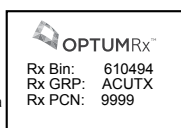
¿Quién puede tomar decisiones de atención de la salud legalmente por mí si yo no puedo hacerlo y no tengo una Directriz Anticipada?	79
Derechos y responsabilidades de los miembros	80
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades de atención de la salud como miembro de UnitedHealthcare Community Plan?	80
Cada año tiene derecho a solicitar que UnitedHealthcare Community Plan le envíe determinada información	83
Tiene derecho a recibir un trato respetuoso y digno, incluso a no experimentar abusos, negligencia ni explotación	85
Fraude y abuso	86
¿Desea denunciar una situación de malgasto, abuso o fraude?	86
Para denunciar una situación de malgasto, abuso o fraude, recopile toda la información que pueda	87
Tiene derecho a recibir un trato respetuoso y digno, incluso a no experimentar abusos, negligencia ni explotación	87
¿Qué son el abuso, la negligencia y la explotación?	87
Glosario de terminología de atención administrada	89
Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad	92

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

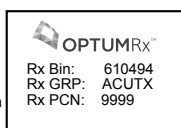
Cada persona que se convierte en miembro de UnitedHealthcare Community Plan recibe una tarjeta de identificación de miembro. La tarjeta de identificación les brinda al médico y al personal del consultorio información importante sobre usted. Si cambia su Proveedor de Atención Primaria, recibirá una nueva tarjeta de identificación.

Verifique la tarjeta para asegurarse de que la información sea correcta. Si recibe una tarjeta de identificación que no tiene el nombre del Proveedor de Atención Primaria, pero indica que llame al **1-888-887-9003**, llame a Servicio al Cliente para elegir a un Proveedor de Atención Primaria. Entregue la tarjeta de identificación al médico para verificar la cobertura al obtener los servicios. La tarjeta de identificación no es una garantía de beneficios ni cobertura.

Miembros con tarjeta de identificación de Medicaid únicamente

			
Health Plan/Plan de salud (80840) 911-87726-04			
Member ID/ID del Miembro: 999994197		Group/grupo: TXSTPL	
Member/Miembro: NEW A ENGLISH		Payer ID/ID del Pagador: 87726	
DOB/Fecha de nacimiento: 04/01/1955			
PCP Name/Nombre del PCP: DOUGLAS GETWELL			
PCP Phone/Teléfono del PCP: (361)883-1177			
Effective Date/ Fecha de vigencia: 11/01/2011			
Rx Bin: 610494		Rx GRP: ACUTX	
Rx PCN: 9999		Effective Date/ Fecha de vigencia: 01/01/2012	
0709 Administered by UnitedHealthcare Community Plan of Texas, LLC			

Miembros con tarjeta de identificación de Medicaid y Medicare

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

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

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

Service Coordination/Coordinación de Servicio: **888-887-9003**
 For Members/Para Miembros: **888-887-9003** TTY 711
 Mental Health/Salud Mental: **888-887-9003**
 NurseLine/Línea de Ayuda de Enfermeras: **877-839-5407**

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

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

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

For Members/Para Miembros: **888-887-9003** TTY 711
 Mental Health/Salud Mental: **888-887-9003**
 NurseLine/Línea de Ayuda de Enfermeras: **877-839-5407**
 Service Coordination/Coordinación de Servicio: **888-887-9003**

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

Si tiene Medicare y Medicaid, la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare no indicará el nombre ni el número de teléfono de un médico. Su tarjeta de identificación tendrá la inscripción "USE MEDICARE".

¿Tiene preguntas? Visite UHCommunityPlan.com, 14
o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Cómo leer su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan

Su tarjeta de identificación tendrá los símbolos de STAR+PLUS y UnitedHealthcare Community Plan. Esto le informará a su Proveedor que usted es miembro de UnitedHealthcare Community Plan. En la tarjeta, figurará su nombre, su número de identificación, la fecha en que se inscribió en el programa UnitedHealthcare Community Plan y su fecha de nacimiento. También figurará su número de grupo.

Si tiene Medicare, su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan indicará que solo recibe Servicios y Apoyos de Atención a Largo Plazo. Esto significa que Medicare o su Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare le brindarán los servicios médicos, hospitalarios, de laboratorio, de radiografías y otros servicios de atención aguda.

Cómo reemplazar su tarjeta si la pierde

Si pierde la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan, llame de inmediato a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**, y le enviarán una nueva. Las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1**.

Recuerde llevar la tarjeta y presentarla siempre que vaya al médico, al dentista o a la farmacia.

Su Tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits (YTB)

Cuando reciba la aprobación para Medicaid, recibirá la tarjeta de Medicaid de YTB. Esta tarjeta plástica será su tarjeta diaria de Medicaid. Debe llevarla y protegerla tal como lo haría con la licencia de conducir o una tarjeta de crédito. Su médico puede usar la tarjeta para saber si usted tiene beneficios de Medicaid cuando acude a una visita.

Se emitirá una sola tarjeta para usted y solo recibirá una tarjeta nueva si la pierde o se la roban. Si pierde o le roban la tarjeta de Medicaid, puede solicitar una nueva. Para ello, llame al número gratuito 1-800-252-8263 o ingrese a www.YourTexasBenefits.com para solicitar o imprimir una tarjeta temporal.

Si no está seguro de si está cubierto por Medicaid, puede llamar al número gratuito 1-800-252-8263 para averiguarlo. También puede llamar al 2-1-1. Primero elija un idioma y, luego, marque la opción 2.

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

La tarjeta Medicaid de YTB tiene estos datos impresos en el anverso:

- Su nombre y número de identificación de Medicaid
- La fecha en que se le envió la tarjeta
- El nombre del programa de Medicaid en el que se encuentra:
 - Medicare (Beneficiario Calificado de Medicare [Qualified Medicare Beneficiary, QMB], Medicaid y Beneficiario Calificado de Medicare [Medicaid and Qualified Medicare Beneficiary, MQMB]),
 - Programa Healthy Texas Women (Healthy Texas Women Program, HTW),
 - Programa de Cuidados Paliativos,
 - STAR Health,
 - Medicaid para Casos de Emergencia, o
 - Elegibilidad Presunta (Presumptive Eligibility, PE) para mujeres embarazadas.
- Datos que su farmacia necesitará para facturar a Medicaid
- Los nombres de su médico y farmacia si está inscrito en el Programa de Asignación Cerrada de Medicaid

Aspectos destacados del Plan de salud

En el reverso de su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits, encontrará un sitio web que puede visitar (www.YourTexasBenefits.com) y un número de teléfono al que puede llamar sin cargo (1-800-252-8263) si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

Si olvida la tarjeta, el médico, el dentista o la farmacia pueden verificar por teléfono o Internet si recibe beneficios de Medicaid.

Portal para Clientes de Medicaid de YourTexasBenefits.com

El Portal para Clientes de Medicaid le permite realizar las siguientes gestiones para sí mismo o para cualquier persona a cuya información médica o dental se le permita acceder:

- Ver, imprimir y solicitar una tarjeta de Medicaid de YTB
- Consultar sus Planes médicos y dentales
- Consultar la información de sus beneficios
- Ver las alertas de STAR y STAR Kids Texas Health Steps
- Ver las alertas de difusión
- Consultar los diagnósticos y tratamientos
- Consultar las vacunas
- Consultar los medicamentos recetados
- Elegir si desea permitir que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental disponible

Para acceder al portal, visite www.YourTexasBenefits.com.

- Haga clic en “**Entrar al Sistema**”
- Rellene los campos “Nombre de usuario” y “Contraseña”. Si no tiene una cuenta, haga clic en “**Crear una cuenta nueva**”.
- Haga clic en “**Maneje**”
- Vaya a la sección “Enlaces rápidos”
- Haga clic en “**Servicios de Medicaid y CHIP**”
- Haga clic en “**Ver servicios e información de salud disponible**”

Nota: En el Portal para Clientes de Medicaid de [YourTexasBenefits.com](http://www.YourTexasBenefits.com) se brinda información solo para clientes activos. Un representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que forme parte de su caso.

Su Formulario de Verificación Temporal de Medicaid (Formulario 1027-A)

Puede solicitar un Formulario de Verificación Temporal de Medicaid si pierde su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits. Debe comunicarse con su oficina local de elegibilidad o llamar al 2-1-1 para obtener información sobre cómo obtener el Formulario de Verificación Temporal de Medicaid.

- Lleve este formulario cuando vaya al médico y cuando tenga que obtener otro tipo de atención médica
- Presente la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits cada vez que vaya al consultorio o a la clínica de un médico
- Si se muda o cambia el número de teléfono, llame al 2-1-1 o visite la oficina local de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC). Llame también a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para que podamos actualizar nuestros registros. Las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1**.

Muestra del Formulario de Verificación Temporal de Medicaid: reverso

4.15.1 Medicaid Eligibility Verification (Form H1027-A)

Medicaid Eligibility Verification
Confirmación de elegibilidad para Medicaid

THIS FORM COVERS ONLY THE DATES SHOWN BELOW. IT IS NOT VALID FOR ANY DAYS BEFORE OR AFTER THESE DATES.
ESTA FORMA ES VÁLIDA SOLAMENTE EN LAS FECHAS INDICADAS ABAJO. NO ES VÁLIDA NI ANTES NI DESPUÉS DE ESTAS FECHAS.

Each person listed below has applied and is eligible for MEDICAID BENEFITS for the dates indicated below, but has not yet received a client number. Do not submit a claim until you are given a client number. Pharmacists have 90 days from the date the number is issued to file claim claims. However, check your provider manual because other providers may have different filing deadlines. Call the eligibility worker named below if you have not been given the client number within 15 days.

Each person listed below is eligible for MEDICAID BENEFITS for dates indicated below. The Medicaid Identification form is not on file. The client number must appear on all claims for health services.

How Eligible, verified: Local DCC NEVER (Never Inquire) Request Procedure DCC (L & S D Staff Only) **610098**

Client Name Nombre del Cliente	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Client No. Número de Cliente	Eligibility Dates Fechas de Elegibilidad	Medicaid Case No. Número de Caso de Medicaid	Plan Name and Member Services Telephone Numbers Nombre del Plan y los números de Servicio al Cliente
			From/Desde	Through/Hasta	

I hereby certify, under penalty of perjury and/or fraud, that the above client(s) have had, have not received, or have no access to the Medicaid Identification (Form H027) for the current month. I have requested and received Form H027-A, Medicaid Eligibility Verification, to use as proof of eligibility for the dates shown above. I understand that using this form to obtain Medicaid benefits (services or supplies) for people not listed above is fraud and is punishable by fine and/or imprisonment.

Por este medio certifico, bajo juramento de perjurio y/o fraude, que los clientes nombrados arriba fueron, perdidos, no fueron recibidos o por otra razón no tenemos en nuestro poder la identificación para Medicaid (Forma H027) del mes actual. Solicito y recibí este formulario de Verificación de Elegibilidad para Medicaid (Forma H027-A) para utilizarlo como evidencia para Medicaid durante el periodo cubierto especificado arriba. Comprendo que usar este formulario para obtener servicios (servicios o artículos de Medicaid) para alguna persona no nombrada arriba como beneficiario constituye fraude y es castigable por una multa y/o prisión.

CAUTION: If you accept Medicaid benefits (services or supplies), you give and assign to the state of Texas your rights to receive payments for those services or supplies from other insurance companies and other health sources, up to the amount needed to cover what Medicaid pays.

ADVERTENCIA: Si usted acepta beneficios de Medicaid (servicios o artículos), cede y asigna el estado de Texas el derecho a recibir pagos por los servicios o artículos de otros compañías de seguros y otras fuentes de salud, hasta completar la cantidad que se requiere para cubrir lo que paga Medicaid.

Signature, Client or Representative/ Firma Cliente o Representante: _____ Date/ Fecha: _____

Other Address and Telephone No./ Otros y Teléfono: _____

Name of Member/ Nombre del beneficiario: _____ Member ID No./ Número de identificación del miembro: _____ Worker Signature/ Firma del trabajador: _____ Date/ Fecha: _____

Name of Supervisor/ Nombre del supervisor: _____ Supervisor ID No./ Número de identificación del supervisor: _____ Supervisor Signature/ Firma del supervisor: _____ Date/ Fecha: _____

Muestra del Formulario de Verificación Temporal de Medicaid: anverso

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

Key to terms that may appear on this form:

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

Emergency - The client is limited to coverage for an emergency medical condition. This means a medical condition including emergency labor and delivery requiring medical care by a physician or other health care provider (including another health care provider) such that the absence of immediate medical care would reasonably be expected to result in (1) placing the patient's health in serious jeopardy, (2) serious impairment to bodily functions, or (3) serious jeopardy to any body organ or part.

Hospitality - The client is to hospital and within the rights to receive services related to the terminal condition through other Medicaid programs. If client claims to have contracted hospice, call the local hospice agency or HHSC to verify.

OMB - The Medicaid agency is providing coverage of Medicare premiums, deductibles, and coinsurance liabilities, but the client is not eligible for regular Medicaid benefits.

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

PE - Medicaid covers only family planning and medically necessary outpatient services.

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

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

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 18
o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Visitas al médico

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

El trabajo de su Proveedor de Atención Primaria es cuidar de usted. Los exámenes regulares que le realizará este profesional son importantes y pueden ayudarle a mantenerse saludable. Además, le realizará exámenes de detección médicos regulares que pueden detectar problemas.

El hecho de detectar y tratar los problemas de forma temprana puede evitar que se agraven en el futuro. De ahora en adelante, su Proveedor de Atención Primaria será su médico personal. Cuidará de usted y le derivará a un Especialista cuando sea necesario. Debe hablar con él acerca de todas sus necesidades de atención de la salud.

Si quiere visitar a otro médico, siempre hable primero con su Proveedor de Atención Primaria. Él le dará un formulario de referido si necesita uno. Su relación con este profesional es importante, por lo que le recomendamos que establezca una cuanto antes. Es importante que siga los consejos que le da. Una buena manera de establecer una relación con su Proveedor de Atención Primaria es llamarle y programar un chequeo. De esta forma, podrá conocerle. Esta persona se informará sobre su historial médico, los medicamentos que toma y cualquier otro problema de salud.

¿Se puede considerar a un Especialista como un Proveedor de Atención Primaria?

En casos especiales, su Proveedor de Atención Primaria puede ser un Especialista. Usted, el Proveedor de Atención Primaria, el Especialista y UnitedHealthcare Community Plan tomarán esta decisión. Para obtener información, llame a Servicio al Cliente.

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

Nota: Para los miembros de STAR+PLUS que están cubiertos por Medicare, no se asignará ningún Proveedor de Atención Primaria.

¿Qué debo llevar a la cita médica?

Cuando reciba servicios de atención de la salud, debe llevar la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits. Deberá mostrar la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits cada vez que necesite servicios. Si tiene un médico nuevo, lleve cualquier registro médico importante que tenga y cualquier medicamento recetado por un médico.

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

¿Cómo elijo un Proveedor de Atención Primaria?

Llame a Servicio al Cliente para obtener ayuda con respecto a cómo elegir un Proveedor de Atención Primaria. Todos los miembros de UnitedHealthcare Community Plan deben elegir uno.

También puede solicitar un Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan llamando a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** o puede consultarlo en línea en UHCCommunityPlan.com.

¿Puede una clínica ser mi Proveedor de Atención Primaria?

Su Proveedor de Atención Primaria puede ser un médico, una clínica, un Centro Médico Rural (Rural Health Center, RHC) o un Centro de Atención Médica con Certificación Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC). Si visita a un médico que le agrada, puede seguir visitándole si este se encuentra en la Red de UnitedHealthcare Community Plan.

Si su médico es un Especialista, podría estar autorizado a ser su Proveedor de Atención Primaria. Si su médico NO pertenece a la Red de UnitedHealthcare Community Plan, llame a Servicio al Cliente para elegir uno. Si no elige un médico, se le asignará uno. UnitedHealthcare Community Plan le enviará una tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan con el nombre y número de teléfono de su Proveedor de Atención Primaria.

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

Excepto en casos de emergencia, siempre llame a su Proveedor de Atención Primaria antes de acudir a otro médico o al hospital. Puede comunicarse con él o un médico de respaldo las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si va a otro médico que no sea su Proveedor de Atención Primaria, es posible que deba pagar la factura.

¿Cómo sé quién paga?

- Si tiene Medicaid y va a un médico de Medicaid, no tiene que pagar el deducible ni el copago
- Si tiene Medicaid, pero no va a un médico de Medicaid, debe pagar el deducible y el copago, si es necesario

¿Qué sucede si tengo otro seguro?

- Puede seleccionar un Proveedor de su elección que esté dentro de la Red de su cobertura primaria; sin embargo, si ese Proveedor no está inscrito en Medicaid, usted será responsable de los copagos y deducibles

Comuníquese con nosotros al **1-888-887-9003**,
TDD/TTY: **7-1-1**, si necesita asistencia para encontrar un Proveedor que acepte toda la cobertura de su seguro.

¿Tiene preguntas sobre cómo consultar a un Proveedor?

Llame en forma gratuita a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**.

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 20
o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Visitas al médico

¿Puedo seguir con mi Proveedor si no está en mi Plan de salud?

Debe intentar elegir a un Proveedor de Atención Primaria que esté dentro de la Red de Proveedores de su Plan de salud. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita ayuda.

¿Cómo puedo cambiar mi Proveedor de Atención Primaria?

Lo ideal es mantener el mismo. Este profesional le conoce, tiene sus registros médicos y sabe cuáles son los medicamentos que toma. Es la mejor persona para asegurarse de que usted está recibiendo una buena atención médica. Si desea cambiar de Proveedor de Atención Primaria, llame a Servicio al Cliente para informarnos.

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

No hay límite para la cantidad de veces que puede cambiarle. Puede cambiar de Proveedor de Atención Primaria llamándonos al número gratuito **1-888-887-9003** o enviando un correo a la siguiente dirección:

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

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

Entrará en vigencia el día posterior a la realización del cambio. Motivos por los que podría cambiar su Proveedor de Atención Primaria:

- Se mudó y necesita uno más cerca de su domicilio
- No está satisfecho con la atención que le brinda

¿Hay algún motivo por el cual se pueda rechazar una solicitud de cambio de Proveedor de Atención Primaria?

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

¿Puede un Proveedor de Atención Primaria reasignarme a otro por incumplimiento?

Sí, si su Proveedor de Atención Primaria considera que usted no está siguiendo su consejo médico o si falta a muchas citas, el médico puede pedirle que consulte a otro médico. El Proveedor le enviará una carta para informarle que debe encontrar otro médico. Si esto sucede, llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**. Le ayudaremos a encontrar otro médico.

21 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Cobertura STAR+PLUS y Medicare

¿Cómo me afecta la cobertura STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan si tengo Medicare y STAR+PLUS?

Si tiene Medicare y STAR+PLUS, tiene “doble elegibilidad”. Esto significa que tiene más de una forma de cobertura médica. Sus beneficios de STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan no se reducirán ni cambiarán ninguno de sus beneficios de Medicare.

Como miembro “con doble elegibilidad” de Medicare y STAR+PLUS, la Parte D de Medicare cubrirá sus medicamentos recetados. Su Coordinador de Servicios le ayudará a establecer su atención médica con Medicare o su Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare.

Si tiene cobertura tradicional de Medicare, aún puede acudir al médico que ha estado consultando. También puede obtener servicios especializados cubiertos por Medicare sin la aprobación de STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan. Trabajaremos con su médico para los servicios que reciba a través de STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan. Dígale a su Coordinador de Servicios el nombre de su médico habitual, especialmente si cambia de médico.

Podemos ayudarle a elegir a un médico si tiene la cobertura tradicional de Medicare y no tiene un médico al que consulte en forma habitual. Este médico puede coordinar sus servicios STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan y sus servicios de Medicare.

Si se une a una Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare, su Proveedor de Atención Primaria será el médico que haya elegido mediante dicha organización. No tiene que elegir a otro Proveedor de Atención Primaria para STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan. Su médico de Medicare trabajará con su Coordinador de Servicios de STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan para coordinar dichos servicios. No olvide decirle a su Coordinador el nombre de su Proveedor de Atención Primaria de Medicare.

Planes de incentivos para médicos

UnitedHealthcare Community Plan no puede realizar pagos en virtud de un plan de incentivos para médicos si los pagos están diseñados para lograr que los Proveedores reduzcan o limiten los servicios cubiertos Médicamente Necesarios para los miembros. Usted tiene derecho a saber si su Proveedor de Atención Primaria (médico principal) forma parte de este plan de incentivos para médicos. También tiene derecho a saber cómo funciona el plan. Puede llamar al **1-888-887-9003** para obtener más información al respecto.

¿Qué es la Coordinación de Servicios?

Se le asignará un Coordinador de Servicios cuando se inscriba en STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan. Esta persona le llamará o le visitará personalmente para hablar con usted sobre sus necesidades de atención de la salud y le brindará más información acerca de los servicios que puede recibir. También le hará preguntas acerca de su salud. Sea honesto y abierto. Su Coordinador de Servicios mantendrá la confidencialidad de todo lo que hable con usted. A fin de ayudarle, él puede hacer lo siguiente:

- Coordinar la atención con su Proveedor de Atención Primaria
- Coordinar servicios y apoyos médicos, de salud conductual y a largo plazo
- Resolver cualquier problema de atención médica o con sus Proveedores
- Encontrar maneras para que usted viva en su hogar o en otras instalaciones comunitarias
- Explicarle las opciones de servicio y colocación

¿Qué es la Coordinación de Servicios y en qué puede ayudarme un Coordinador de Servicios?

La Coordinación de Servicios es un servicio que UnitedHealthcare Community Plan le brinda para ayudarle con su salud y bienestar. Un Coordinador de Servicios revisará, planificará y le ayudará a satisfacer sus necesidades de atención de la salud.

¿Cómo puedo comunicarme con un Coordinador de Servicios?

Para comunicarse, busque el número de teléfono en su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. También puede llamar a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para que le ayuden a comunicarse con él. Las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1**.

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

Contamos con programas de tratamiento de enfermedades que ayudan a miembros con enfermedades crónicas como las siguientes:

- Asma
- EPOC
- Arteriopatía coronaria
- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca
- Obesidad

Los miembros de estos programas reciben recordatorios sobre su atención y consejos del personal de enfermería. Si tiene una necesidad especial o necesita ayuda para controlar una enfermedad crónica, llame al **1-888-887-9003** para comunicarse con su Coordinador de Servicios.

Apoyo habitacional

Una vivienda segura y asequible puede hacer que sus objetivos sean alcanzables. Estamos aquí para ayudarle.

- Obtenga ayuda para solicitar los programas de apoyo para viviendas que puedan estar disponibles
- Obtenga información relacionada con alquileres
- Obtenga referidos a refugios y servicios de prevención
- Obtenga una explicación de los documentos
- Obtenga ayuda frente a conflictos con propietarios
- Aprenda lo que debe hacer ante una situación de desalojo

Mejore su vida al recibir ayuda para obtener alimentos, empleo, vestimenta, cuidado infantil, educación, ayuda legal y administración del dinero.

Le conectamos con servicios de calidad en su comunidad

Siempre estamos aquí para responder sus preguntas. Llame al **1-888-887-9003**.



Los Planes están asegurados por UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en el Plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

© 2023 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.
Y0066_190220_124505_C 932-CST26744 8/19

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 24
o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Sabía que podría elegir a su propio cuidador de salud?

UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a administrar sus servicios en el hogar

Servicios Dirigidos por el Consumidor (Consumer-Directed Services, CDS) es un programa para personas con servicios de auxiliar o Proveedor de salud. Este programa le permite encontrar, contratar y capacitar a su auxiliar o Proveedor. También le permite revisar el presupuesto de los servicios. Usted decide cuánto le pagará a su auxiliar, y cuánto dinero invertirá en los suministros y equipos que necesita. Puede elegir a la persona para que maneje los servicios por usted. Si elige participar en este programa, una agencia le indicará lo que debe hacer. La agencia también administrará la nómina de sus servicios.

Si elige la opción de Servicios Dirigidos por el Consumidor, usted será el empleador. Podrá contratar, despedir y administrar a sus propios Proveedores de servicios de salud. Esto puede incluir a los auxiliares, los auxiliares de respaldo, los Proveedores de servicios de relevo dentro y fuera del hogar, y los Proveedores de servicios de habilitación. Usted tendrá el control sobre cómo se distribuirán los fondos de su programa en salarios y beneficios para su empleado. Usted elegirá una agencia de Servicios Dirigidos por el Consumidor para que le ayude y la agencia le proporcionará capacitación y apoyo para ayudarle con sus responsabilidades de empleador, les pagará a sus empleados según su presupuesto y declarará los impuestos por usted.

¿Por qué querría elegir la opción de Servicios Dirigidos por el Consumidor?

Cuando contrata a sus propios empleados, a menudo puede encontrar a las personas que prefiere para que trabajen para usted. Dentro de su presupuesto asignado para servicios, puede establecer los salarios y beneficios de sus empleados. Puede contratar empleados de respaldo para los momentos en que sus empleados regulares no puedan trabajar y puede otorgar beneficios, como días de vacaciones y bonificaciones. Usted elige una Agencia de Servicios Dirigidos por el Consumidor (Consumer Directed Services Agency, CDSA) para que se encargue de las nóminas y los impuestos federales y estatales.

¿Cómo funciona el programa de Servicios Dirigidos por el Consumidor?

Usted elige una Agencia de Servicios Dirigidos por el Consumidor (CDSA) para que se encargue de las nóminas y actúe como su agente para pagar los impuestos. La agencia le ayudará a establecer un presupuesto. En algunos programas, la agencia ofrece orientación sobre reclutamiento, salarios, beneficios y costos administrativos.

¿Qué servicios pueden autodirigirse en qué programas?

Programa	Servicios
Programa de Exención STAR+PLUS (anteriormente conocido como Programa de Alternativas Basadas en la Comunidad)	Servicios de asistencia personal, relevo, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y de la audición
Servicios de atención primaria en el hogar/auxiliar comunitario	Servicios de asistencia personal

Comuníquese con su Coordinador de Servicios de UnitedHealthcare Community Plan para que le ayude a elegir la mejor opción. Esta persona puede indicarle los servicios que puede recibir. Llame al **1-888-887-9003**; las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Qué sucede si necesito consultar a un médico especializado (Especialista)?

Es posible que su Proveedor de Atención Primaria quiera que consulte a un médico especializado (Especialista) para ciertas necesidades de atención de la salud. Si bien su Proveedor de Atención Primaria puede ocuparse de la mayoría de sus necesidades de atención de la salud, a veces le pedirá que consulte a un Especialista para recibir atención. Esto se debe a que un Especialista ha recibido formación y tiene más experiencia en la atención de determinadas enfermedades, dolencias y lesiones. UnitedHealthcare Community Plan cuenta con muchos Especialistas que trabajarán con usted y su Proveedor de Atención Primaria para atender sus necesidades.

¿Qué es un referido?

Su Proveedor de Atención Primaria hablará con usted sobre sus necesidades y le ayudará a planificar su visita al Especialista que pueda brindarle la mejor atención. Esto se denomina referido. Su médico es el único que puede darle un referido para consultar a un Especialista. Si programa una visita o recibe servicios de un Especialista sin un referido de su Proveedor de Atención Primaria, o si el Especialista no es un Proveedor de UnitedHealthcare Community Plan, usted podría ser responsable de la factura. En algunos casos, un obstetra o ginecólogo también puede darle un referido para servicios relacionados.

Visitas al médico

¿Qué servicios no necesitan un referido?

Los siguientes servicios NO requieren un referido:

- Servicios de emergencia
- Atención de obstetricia o ginecología
- Servicios de salud conductual
- Servicios oftalmológicos de rutina
- Servicios dentales de rutina

Comuníquese con su Proveedor de Atención Primaria o con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para determinar si necesita un referido.

¿Cuán pronto puedo esperar que me atienda un Especialista?

En algunas situaciones, el Especialista podrá atenderle de inmediato. En función de la necesidad médica, pueden transcurrir algunas semanas después de que programe la cita para ver al Especialista.

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Tiene derecho a solicitar una segunda opinión de un Proveedor de UnitedHealthcare Community Plan si no está satisfecho con el plan de atención ofrecido por el Especialista. Su Proveedor de Atención Primaria debería poder darle un referido para una visita de segunda opinión. Si su médico le indica que consulte a un Especialista que no es Proveedor de UnitedHealthcare Community Plan, esa visita deberá ser aprobada por UnitedHealthcare Community Plan. También puede llamar a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para solicitar ayuda en cuanto a una segunda opinión.

Autorización Previa

En algunos casos, su Proveedor debe obtener permiso del Plan de salud antes de brindarle un servicio determinado. Esto se conoce como Autorización Previa. Obtenerla es responsabilidad de su Proveedor. Si no obtiene la Autorización Previa, usted no podrá recibir tales servicios.

No necesita una Autorización Previa para los servicios de imágenes avanzados que se prestan en una sala de emergencias, una unidad de observación, un centro de Atención de Urgencia o durante una hospitalización. Tampoco la necesita para recibir servicios de emergencia. No necesita una Autorización Previa para consultar a un Proveedor de atención médica de la mujer a fin de recibir servicios de salud de la mujer. Lo mismo sucede si está embarazada o si se está realizando los controles médicos de Texas Health Steps (miembros menores de 21 años). Los Servicios de Emergencia no requieren Autorización Previa.

Es posible que se necesite una Autorización Previa

Estos son algunos de los servicios que necesitan Autorización Previa:

- Admisiones hospitalarias
- Ciertos procedimientos de diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios, entre ellos, los procedimientos de tomografías por emisión de positrones (positron emission tomography, PET)
- Algunos servicios de Equipo Médico Duradero
- Algunos medicamentos recetados
- Cirugía de pérdida de peso
- Servicios de fisioterapia, terapia del habla y ocupacional
- Cardiología
- Transporte en ambulancia que no sea de emergencia

Todos los servicios no participantes requieren una Autorización Previa.

¿Cómo puedo obtener ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental) o problemas de consumo de alcohol o drogas? ¿Necesito un referido para estos servicios?

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de atención de la salud conductual y abuso de sustancias Medicamento Necesarios. Si tiene un problema con las drogas o está muy molesto por algún motivo, usted puede obtener ayuda. Llame al **1-888-887-9003** para obtener ayuda. No necesita un referido para estos servicios.

Habrán personas disponibles que pueden hablarle en español e inglés. Infórmeles si necesita ayuda en otros idiomas. Servicio al Cliente le comunicará con la línea de idiomas de AT&T y responderá a sus preguntas. Las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1**.

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

¿Qué son los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental y la Administración de Casos Dirigida a la Salud Mental? ¿Cómo obtengo estos servicios?

Los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental son un programa basado en la comunidad. Estos servicios se proporcionan a personas con trastornos de salud mental. En este programa, aprenderá nuevas habilidades que se basan en sus fortalezas y capacidades, y que le ayudarán durante una crisis. Su Proveedor de salud mental evaluará si necesita estos servicios. Además, los servicios pueden proporcionarse junto con otros servicios de salud mental.

La Administración de Casos Dirigida a la Salud Mental es un programa basado en la comunidad. Estos servicios se proporcionan a personas con trastornos de salud mental. Su Proveedor de salud mental le pondrá en contacto con un miembro del personal. Esta persona será su Administrador de Casos, quien trabajará con usted para encontrar servicios o recursos que le ayuden dentro de su área. Esta persona puede hacerle visitas a domicilio y usted también puede ir a su oficina. Este servicio puede proporcionarse junto con otros servicios de salud mental.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que su médico le receta. Su médico le dará una receta para que la presente en la farmacia o puede enviársela a la farmacia por usted. UnitedHealthcare Community Plan cubre cientos de Medicamentos Recetados de cientos de farmacias. En la Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List, PDL) de Texas o en el vademécum hay una lista de los medicamentos que suelen cubrirse. UnitedHealthcare Community Plan pagará cualquier medicamento incluido en el vademécum de medicamentos de UnitedHealthcare Community Plan, y puede pagar otros medicamentos si están autorizados previamente. Encontrará información sobre la autorización previa más abajo. Puede surtir sus medicamentos recetados en cualquier farmacia de la Red. Solo tiene que presentar su tarjeta de identificación del Plan de salud, cualquier otra tarjeta de identificación del seguro y su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits.

¿Cómo encuentro una farmacia de la Red?

Comuníquese con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para recibir asistencia o busque una farmacia en nuestro sitio web en [UHCCommunityPlan.com](https://www.UHCCommunityPlan.com).

¿Qué sucede si voy a una farmacia fuera de la Red?

Esto puede afectar su capacidad para obtener los medicamentos que necesita. Comuníquese con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para recibir asistencia o para encontrar una farmacia dentro de la Red. También puede visitar nuestro sitio web, UHCCommunityPlan.com.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Necesitará la receta, la tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan, la tarjeta de Medicare (si tiene una) y la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits. Si tiene cobertura de otro plan de seguro, lleve también la tarjeta del otro seguro.

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos?

Algunas farmacias están en nuestro programa de envíos. Pregunte a la farmacia si realizan envíos de medicamentos para los miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

Para obtener una lista de las farmacias de la Red que hacen envíos, visite este sitio web:

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

O

https://www.uhccommunityplan.com/tx/medicaid/star_kids > Farmacia > Buscar una farmacia > Busque una farmacia > Filters and advanced search (Filtros y búsqueda avanzada) > (Seleccione el filtro) Retail pharmacy delivery (Envíos de farmacias minoristas).

¿Con quién debo comunicarme si tengo problemas para obtener mis medicamentos?

Todas las recetas que reciba de su médico pueden surtirse en cualquier farmacia que acepte UnitedHealthcare Community Plan. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. Recuerde que debe llevar la receta, la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits cada vez que vaya al médico o a la farmacia.

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

UnitedHealthcare Community Plan ha creado una Red de farmacias para que sea más fácil conseguir sus recetas. Su Plan cubre una lista de medicamentos recetados. Para ciertos medicamentos recetados, es posible que necesite aprobación previa. La aprobación previa significa que necesitamos dar permiso antes de que reciba un medicamento específico. Le informaremos si necesita nuestra aprobación previa para cualquiera de sus medicamentos recetados. Si tiene que surtir una receta, asegúrese de hacer lo siguiente:

Visitas al médico

- Verifique que su medicamento recetado se encuentre en el vademécum de Medicaid del Programa de Medicamentos para Proveedores de Texas (Texas Vendor Drug Program, VDP), que es una lista de todos los productos cubiertos. El vademécum, también conocido como Índice del Código de Medicamentos de Texas, es una lista de todos los productos cubiertos, incluidos los medicamentos recetados y de venta libre. El vademécum se encuentra en el sitio web del Programa de Medicamentos para Proveedores de Texas en txvendordrug.com/formulary. Puede usar el vademécum de búsqueda para encontrar medicamentos por nombre o tipo (clase). El vademécum de Medicaid del Programa de Medicamentos para Proveedores de Texas también incluye una Lista de Medicamentos Preferidos (PDL). Allí se muestran los medicamentos que el programa recomienda que su médico pruebe primero cuando le emita una receta. Consulte la Lista de Medicamentos Preferidos específica del estado aquí: txvendordrug.com/formulary/prior-authorization/preferred-drugs.

Nota: La Lista de Medicamentos Preferidos para UnitedHealthcare Community Plan of Texas es administrada por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC), no por UnitedHealthcare.

- La Comisión de Salud y Servicios Humanos desarrolla y mantiene la Lista de Medicamentos Preferidos de Medicaid, y las Organizaciones de Atención Administrada deben cumplir con dicha lista, que comprende medicamentos en diversas clases terapéuticas clasificados como “preferidos” o “no preferidos”. La Lista de Medicamentos Preferidos de Medicaid contiene un subconjunto de muchos, pero no todos, medicamentos que se encuentran en el vademécum de Medicaid. El vademécum de Medicaid es una lista de medicamentos, vitaminas y minerales, y suministros de salud en el hogar disponibles para los miembros de Medicaid como beneficios de farmacia. Los Medicamentos Recetados del vademécum, incluida la Lista de Medicamentos Preferidos, están cubiertos sin costo alguno para usted.
- Presente la tarjeta de identificación de miembro en la farmacia cuando surta sus medicamentos recetados
- Si tiene otro seguro principal, presente las tarjetas de su seguro principal y su seguro de Medicaid en la farmacia. La farmacia debe facturar primero al seguro principal y luego a su seguro de Medicaid. Medicaid es el pagador de último recurso y no debe ser la única tarjeta presentada a la farmacia. Esto confirma su elegibilidad y ayuda a la farmacia a procesar su reclamación.

Si tiene preguntas sobre sus medicamentos recetados, consulte a su Proveedor de Atención Primaria o llame a Servicio al Cliente al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Si su medicamento con receta no figura en la Lista de Medicamentos Preferidos o figura, pero requiere aprobación previa, su Proveedor de atención puede solicitar una aprobación previa para que usted pueda obtener ese medicamento. Aprobaremos o denegaremos la solicitud dentro de las 24 horas. Si se aprueba la solicitud, se les informará a usted y a su Proveedor de Atención Primaria sobre la decisión por escrito, incluido el tiempo de aprobación del medicamento. Si se rechaza la solicitud, se les informará a usted y a su Proveedor de Atención Primaria sobre la decisión por escrito. En el aviso de la decisión por escrito, se le indicará cómo y cuándo puede apelar esta decisión y cómo presentar una Queja o un Reclamo ante UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué sucede si no puedo obtener aprobación para el medicamento que me indicó el médico?

Si no puede comunicarse con el médico para que apruebe una receta, es posible que pueda obtener un suministro de emergencia del medicamento para tres días. Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para obtener ayuda con sus medicamentos y resurtidos. Para obtener una lista de los medicamentos cubiertos, visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com).

¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos?

Comuníquese con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para obtener asistencia.

¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy en un centro de enfermería?

La forma en que recibe sus medicamentos en el centro de enfermería no cambiará. Los Medicamentos Recetados están cubiertos a través del programa de Medicamentos para Proveedores de Medicaid o de la Parte D de Medicare.

¿Qué sucede si también tengo Medicare?

Medicare o su plan de salud de Medicare pagarán sus servicios antes que UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan podría cubrir algunos servicios que no están cubiertos por Medicare para los miembros de STAR+PLUS.

¿Qué sucede si necesito Equipo Médico Duradero (DME) u otros productos que normalmente se encuentran en una farmacia?

Medicare cubre algunos Equipos Médicos Duraderos (Durable Medical Equipment, DME) y productos que normalmente se encuentran en una farmacia. Si son Medicamento Necesarios, UnitedHealthcare Community Plan cubre el costo de los nebulizadores, los suministros para ostomía y otros suministros y equipos cubiertos para todos los miembros. En el caso de los niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), UnitedHealthcare Community Plan también cubre el costo de los medicamentos de venta libre que se indiquen como Medicamento Necesarios, los pañales, la leche de fórmula y algunas vitaminas y minerales.

Para obtener más información sobre estos beneficios o averiguar si su farmacia ofrece Equipos Médicos Duraderos u otros suministros, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Qué es el Programa de Asignación Cerrada de Medicaid?

Es posible que le asignen al Programa de Asignación Cerrada si no sigue las normas de Medicaid. Este programa verifica cómo utiliza los servicios de farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid seguirán siendo los mismos. El hecho de cambiarse a una Organización de Atención Administrada diferente no cambiará el estado de asignación cerrada.

Para evitar ser incluido en el Programa de Asignación Cerrada de Medicaid, haga lo siguiente:

- Elija una farmacia en una ubicación para usarla todo el tiempo
- Asegúrese de que el médico principal, el dentista principal o los Especialistas a los que le refieran sean los únicos médicos que le proporcionen recetas
- No reciba el mismo tipo de medicamento de diferentes médicos

Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Con quién me comunico si tengo necesidades especiales de atención de la salud y necesito que alguien me ayude?

Si tiene necesidades especiales de atención de la salud, como una enfermedad grave en curso, una discapacidad o afecciones crónicas o complejas, comuníquese con el Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para solicitar ayuda con sus necesidades especiales de atención de la salud.

¿Qué sucede si necesito atención de obstetricia o ginecología? ¿Necesitaré un referido?

Atención, miembros del sexo femenino: UnitedHealthcare Community Plan le permite elegir cualquier obstetra o ginecólogo, independientemente de que ese médico esté en la misma Red que su Proveedor de Atención Primaria o no. El obstetra o ginecólogo que elija debe estar en la Red de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan.

Usted tiene derecho a elegir a un obstetra o ginecólogo sin un referido de su Proveedor de Atención Primaria. Un obstetra o ginecólogo puede ofrecerle lo siguiente:

- Un chequeo de bienestar de la mujer por año
- Atención relacionada con el embarazo
- Atención para cualquier afección médica de la mujer
- Referido a un médico especializado dentro de la Red

Puede obtener servicios de obstetricia y ginecología de su médico. También puede elegir un Especialista en obstetricia o ginecología para que se ocupe de sus necesidades de salud de la mujer. Un obstetra o ginecólogo puede brindarle ayuda en relación con la atención del embarazo, los chequeos anuales o problemas de salud de la mujer.

NO necesita un referido de un médico para recibir estos servicios. Su obstetra o ginecólogo y su médico trabajarán juntos para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

¿Tengo derecho a elegir un obstetra o ginecólogo como mi Proveedor de Atención Primaria?

Si su obstetra o ginecólogo está dispuesto a ser su Proveedor de Atención Primaria, pídale que se comunique con nuestro equipo de Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**.

Visitas al médico

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

Si ha pasado la semana 24 del embarazo, puede seguir consultando a su obstetra o ginecólogo actual para los controles posparto, incluso si el Proveedor está fuera de la Red. Si desea cambiarse a un obstetra o ginecólogo dentro de la Red, puede hacerlo si el Proveedor acepta brindarle tratamiento en el último trimestre de su embarazo. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. UnitedHealthcare Community Plan se encargará de que usted continúe el tratamiento con el médico obstetra o ginecólogo que ha estado consultando. El médico también puede comunicarse con UnitedHealthcare Community Plan para ver si puede convertirse en uno de nuestros Proveedores.

Si no está embarazada o no está cursando los últimos 3 meses del embarazo, puede elegir cualquier obstetra o ginecólogo dentro de la Red de UnitedHealthcare Community Plan. Si consulta a un médico que no pertenece a nuestra Red, es posible que sea responsable de pagar cualquier cargo. Si necesita una lista de Proveedores, llame a Servicio al Cliente. Puede llamarnos al **1-888-887-9003** si desea obtener ayuda para la elección de un obstetra o ginecólogo.

¿Cómo elijo a un obstetra o ginecólogo?

Llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** si desea obtener ayuda para elegirles. También puede solicitar un Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan llamando a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** o puede consultarlo en línea en [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/community-plan).

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

Sí. Si su obstetra o ginecólogo no es su Proveedor de Atención Primaria, puede obtener todos los servicios que necesita de su obstetra o ginecólogo, incluidos los servicios de planificación familiar, la atención de obstetricia y los servicios y procedimientos de rutina de ginecología.

¿Necesitaré un referido para acceder a los servicios de un obstetra o ginecólogo?

No, no necesita un referido para obtener estos servicios.

¿Cuán pronto puedo recibir atención después de comunicarme con mi obstetra o ginecólogo para programar una cita?

Si necesita recibir atención prenatal, su médico debe atenderle dentro de las dos semanas posteriores a su solicitud de visita.

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

UnitedHealthcare Community Plan sabe que las madres sanas tienen bebés sanos. Es por eso que brindamos un cuidado especial a todas nuestras futuras mamás. Tenemos un programa prenatal especial llamado Healthy First Steps que le brinda información y apoyo.

Si está o puede estar embarazada:

- Podemos ayudarle con su embarazo
- Healthy First Steps le brindará información, educación y apoyo para ayudar a reducir los problemas durante el embarazo
- Consulte a su Proveedor de Atención Primaria o a un obstetra o ginecólogo. No es necesario que consulte primero a su Proveedor de Atención Primaria.

Aquí le mostramos cómo hacerlo:

- Programe una cita con un obstetra o ginecólogo. Debe intentar programar su primera visita prenatal en los próximos 10 días (o lo antes posible).
- El obstetra o ginecólogo que seleccione DEBE estar en nuestra Red de Proveedores
- Es importante que las mujeres embarazadas consulten a su médico con frecuencia durante el embarazo, incluso si no es su primer hijo
- Si aún no tiene un obstetra o ginecólogo, llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

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

Visitas al médico

¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece UnitedHealthcare Community Plan a las mujeres embarazadas?

Las mujeres embarazadas no solo reciben servicios de administración de casos a través de nuestro Programa Healthy First Steps, sino que también reciben servicios especializados. Recibirán un libro que sirve de guía para las mujeres embarazadas inscritas y ofrece información sobre varios temas relacionados con el embarazo. No necesita una Autorización Previa para consultar a un Proveedor de atención médica de la mujer a fin de recibir servicios de salud de la mujer. Lo mismo sucede si está embarazada o si se está realizando los controles médicos de Texas Health Steps (miembros menores de 21 años). Los Servicios de Emergencia no requieren Autorización Previa. También se invitará a todas las mujeres embarazadas a asistir a nuestros Baby Showers. Las mujeres inscritas y sus invitados pueden participar en los Baby Showers, donde ofrecemos premios, refrigerios e información educativa sobre temas relacionados con el embarazo, como el Programa Healthy First Steps, el Programa Texas Health Steps, las molestias comunes del embarazo y el parto prematuro.

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

Sí. Puede elegir a un Proveedor de Atención Primaria para su bebé de la lista de médicos de UnitedHealthcare Community Plan STAR en cualquier momento antes de que nazca. Es una buena idea para que pueda conocer al médico. Llame a Servicio al Cliente si desea ayuda para elegir a un Proveedor de Atención Primaria para su bebé.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar el Proveedor de Atención Primaria de mi bebé?

Puede cambiarle de la misma manera que cambia el suyo. Si desea cambiar el Proveedor de Atención Primaria de su bebé, llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**.

¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido? ¿Cómo y cuándo debo informar a mi Plan de salud? ¿Cómo y cuándo le digo a mi asistente social?

Llame al Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** e infórmenos sobre su nuevo bebé tan pronto como nazca. También solicite hablar con un miembro del personal de enfermería de Healthy First Steps. Llame a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (asistente social) al 1-800-252-8263 para solicitar Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) si necesita ayuda para comprar alimentos para usted y su bebé.

¿Cómo puedo recibir atención de la salud después de que nazca mi bebé y me quede sin cobertura de Medicaid?

Después del nacimiento de su bebé, usted puede perder la cobertura de Medicaid. Es posible que pueda recibir algunos servicios de atención de la salud a través del Programa de Salud para Mujeres de Texas y del Departamento de Servicios Estatales de Salud (Department of State Health Services, DSHS). Estos servicios se brindan a las mujeres que los soliciten y reciban una aprobación.

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

Programa Healthy Texas Women

El Programa Healthy Texas Women proporciona exámenes de planificación familiar, exámenes de detección relacionados y métodos anticonceptivos para mujeres de entre 18 y 44 años, cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores a los límites de ingresos del programa (185% del nivel federal de pobreza). Debe enviar una solicitud para averiguar si puede obtener servicios a través de este programa. Para obtener más información sobre los servicios disponibles a través del Programa Healthy Texas Women, envíe un correo postal, llame o visite el sitio web del programa:

Healthy Texas Women Program

P.O. Box 14000

Midland, TX 79711-9902

Teléfono: 1-800-335-8957

Sitio web: <https://www.healthytexaswomen.org/>

Fax (línea gratuita): 1-866-993-9971

Programa de Atención de la Salud Primaria del DSHS

El Programa de Atención de la Salud Primaria del Departamento de Servicios Estatales de Salud presta servicios a mujeres, niños y hombres que no pueden acceder a la misma atención a través del seguro o de otros programas. Para obtener servicios a través de este programa, los ingresos de una persona deben ser iguales o inferiores a los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Es posible que una persona que haya obtenido la aprobación para recibir los servicios tenga que pagar un copago, pero no se denegarán los servicios a nadie por falta de dinero.

El Programa de Atención de la Salud Primaria se centra en la prevención de enfermedades, la detección temprana y la intervención temprana de problemas de salud. Los principales servicios que se prestan son los siguientes:

- Diagnóstico y tratamiento
- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Servicios de salud preventivos, incluidas inmunizaciones (vacunas) y educación sobre la salud, así como servicios de laboratorio, radiografías, medicina nuclear u otros servicios de diagnóstico adecuados

Los servicios secundarios que pueden proporcionarse son servicios de nutrición, exámenes de detección, atención de la salud en el hogar, atención dental, traslados a visitas médicas, medicamentos que su médico le indique (medicamentos recetados), suministros médicos duraderos, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies dañados (servicios de podología) y servicios sociales.

Visitas al médico

Podrá solicitar los servicios del Programa de Atención de la Salud Primaria en ciertas clínicas de su área. Encuentre una clínica donde pueda presentar su solicitud con el localizador de clínicas de servicios de salud para la familia y la comunidad del Departamento de Servicios Estatales de Salud en <http://txclinics.com/>.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del Programa de Atención de la Salud Primaria, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

Sitio web:

<https://www.hhs.texas.gov/services/health/primary-health-care-services-program>

Teléfono: 512-776-7796

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

Programa de Atención de la Salud Primaria Ampliado del DSHS

El Programa de Atención de la Salud Primaria Ampliado brinda servicios primarios, preventivos y de detección para mujeres mayores de 18 años, cuyos ingresos sean iguales o inferiores a los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Los servicios directos y de extensión se proporcionan a través de clínicas comunitarias en virtud de un contrato con el Departamento de Servicios Estatales de Salud. Los trabajadores de salud comunitarios ayudarán a garantizar que las mujeres reciban los servicios preventivos y de detección que necesitan. Algunas clínicas pueden ofrecer ayuda con la lactancia.

Puede solicitar estos servicios en ciertas clínicas de su área. Encuentre una clínica donde pueda presentar su solicitud con el localizador de clínicas de servicios de salud para la familia y la comunidad del Departamento de Servicios Estatales de Salud en <http://txclinics.com/>.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del Programa de Atención de la Salud Primaria Ampliado del Departamento de Servicios Estatales de Salud, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

Teléfono: 512-776-7796

Fax: 512-776-7203

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

Programa de Planificación Familiar del DSHS

El Programa de Planificación Familiar cuenta con centros clínicos en todo el estado, los cuales proporcionan métodos anticonceptivos de calidad, de bajo costo y fáciles de usar para mujeres y hombres.

Encuentre una clínica en su área con el localizador de clínicas de servicios de salud para la familia y la comunidad del Departamento de Servicios Estatales de Salud en <http://txclinics.com/>.

39 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del Programa de Planificación Familiar, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

Sitio web:

<https://www.healthytexaswomen.org/healthcare-programs/family-planning-program>

Teléfono: 512-776-7796

Fax: 512-776-7203

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

¿Cómo programo una cita?

Llame a su Proveedor de Atención Primaria cuando necesite atención médica. Él coordinará la atención que necesite. El nombre y el número de teléfono de su Proveedor de Atención Primaria figuran en su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué debo llevar a la cita?

Cuando vaya a la cita, siempre lleve la tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan, la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits, la tarjeta de cualquier otro seguro médico que pueda tener, una lista de sus problemas de salud y una lista de todos los medicamentos o las medicinas a base de hierbas que esté tomando.

¿Cómo obtengo atención médica después de que el consultorio de mi Proveedor de Atención Primaria cierre?

Si el consultorio está cerrado, el Proveedor de Atención Primaria tendrá un número al que puede llamar las 24 horas del día y los fines de semana. Lo ideal es comunicarse con él tan pronto como necesite atención de la salud. No espere hasta la noche o el fin de semana para llamarle si puede obtener ayuda durante el día. Su enfermedad podría empeorar en el transcurso del día. Si se enferma durante la noche o durante un fin de semana y no puede esperar para recibir atención, llame al Proveedor de Atención Primaria al número de teléfono que figura en el anverso de su tarjeta de identificación. Si no puede comunicarse con él o desea hablar con alguien mientras espera que le devuelva la llamada, llame a NurseLine al 1-877-839-5407 para hablar con un miembro del personal de enfermería. Nuestro personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudarle. Si cree que tiene una emergencia real, llame al **9-1-1** o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué sucede si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?

Si necesita atención médica durante un viaje, llámenos al número gratuito **1-888-887-9003** y le ayudaremos a encontrar un médico. Si necesita Servicios de Emergencia durante un viaje, vaya a un hospital cercano y luego llámenos al número gratuito **1-888-887-9003**.

¿Qué sucede si estoy fuera del estado?

Si tiene una emergencia y se encuentra fuera del estado, diríjase a la sala de emergencias más cercana para recibir atención. Si se enferma y necesita atención médica mientras está fuera del estado, llame a su Proveedor de Atención Primaria de UnitedHealthcare Community Plan. Él podrá decirle qué debe hacer si no se siente bien.

Si visita a un médico o clínica fuera del estado, debe estar inscrito en Medicaid de Texas para que se cubra la visita. Muestre la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits y la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan antes de que le atiendan. Pídale al médico que llame a UnitedHealthcare Community Plan para obtener un número de autorización. Encontrará dicho número de teléfono en el reverso de la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué sucede si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos que reciba fuera del país.

¿Qué debo hacer si me mudo?

Informe sobre su nueva dirección a la oficina local de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos tan pronto como la tenga llamando al 2-1-1 y a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. Antes de recibir servicios de Medicaid en su nueva área, debe llamar a UnitedHealthcare Community Plan, a menos que necesite Servicios de Emergencia. Continuará recibiendo atención a través de UnitedHealthcare Community Plan hasta que la Comisión de Salud y Servicios Humanos actualice su dirección.

¿Qué sucede si quiero cambiar los Planes de salud?

Para cambiar su Plan de salud, puede llamar a la línea de ayuda del programa STAR+PLUS de Texas al 1-800-964-2777. Puede cambiar de Plan de salud con la frecuencia que desee.

¿Con quién debo comunicarme?

Para cambiar su Plan de salud, puede llamar a la línea de ayuda del programa STAR+PLUS de Texas al 1-800-964-2777.

¿Cuántas veces puedo cambiar de Plan de salud?

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

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de Plan de salud?

Si llama para cambiar su Plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio tendrá vigencia a partir del primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio tendrá vigencia a partir del primer día del segundo mes después de ese día. Por ejemplo:

- Si llama el 15 de abril o antes, el cambio tendrá vigencia a partir del 1 de mayo
- Si llama después del 15 de abril, el cambio tendrá vigencia a partir del 1 de junio

¿Puede UnitedHealthcare Community Plan pedir que me den de baja de su Plan de salud (por incumplimiento, etc.)?

Sí. UnitedHealthcare Community Plan puede solicitar que se dé de baja del Plan a un miembro por una “causa justa”. Las “causas justas” pueden ser, entre otras, las siguientes:

- Fraude o abuso por parte de un miembro
- Amenazas o actos físicos que provoquen daños al personal o a los Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan
- Hurto
- Negarse a cumplir con las políticas y los procedimientos de UnitedHealthcare Community Plan, como los siguientes:
 - Permitir que alguien use su tarjeta de identificación;
 - Faltar a las visitas en reiteradas ocasiones;
 - Ser grosero o actuar en contra de un Proveedor o un miembro del personal; o
 - Acudir a un médico que no sea Proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

Visitas al médico

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

Servicios de idiomas e intérpretes

UnitedHealthcare Community Plan cuenta con personal que habla inglés y español. Si habla otro idioma, es sordo o tiene problemas de audición y necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** o al TDD/TTY: **7-1-1** en el caso de las personas sordas y con dificultades auditivas. También puede comunicarse con su Coordinador de Servicios llamando al **1-888-887-9003**.

¿Es posible contar con un intérprete cuando hable con mi médico? ¿Con quién me comunico para solicitar un intérprete? ¿Con cuánta anticipación debo comunicarme?

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

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

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

¿Qué significa “Médicamente Necesario”?

1. Para los miembros recién nacidos hasta los 20 años, los siguientes servicios de Texas Health Steps:
 - a. Servicios de detección, oftalmología y audición; y
 - b. Otros servicios de atención de la salud, incluidos servicios de salud conductual que son necesarios para corregir o mejorar un defecto, una enfermedad física o mental o una afección. Una determinación de si un servicio es necesario para corregir o mejorar un defecto, una enfermedad física o mental o una afección:
 - (i) Debe cumplir con los requisitos de los acuerdos de conciliación parcial de Alberto N., et al. v. Traylor, et al.; y
 - (ii) Puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2)(b–g) y (3)(b–g) de esta definición.

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

2. Para los miembros mayores de 20 años, servicios de atención de la salud no relacionados con la salud conductual que tengan las siguientes características:
 - a. Son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas u ofrecer exámenes de detección temprana, intervenciones o tratamientos para las afecciones que producen sufrimiento o dolor, deformidad física o limitaciones de las funciones, que representan una incapacidad física o su empeoramiento, que provocan la enfermedad o dolencia de un miembro o ponen en peligro su vida;
 - b. Son provistos en centros adecuados y en los niveles correspondientes de atención para el tratamiento de las afecciones médicas de un miembro;
 - c. Son consecuentes con la guía y las normas de prácticas de atención de la salud que están aprobadas por organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente o por agencias gubernamentales;
 - d. Cumplen con los diagnósticos de las afecciones;
 - e. No son más molestos ni restrictivos que lo necesario para proporcionar un adecuado equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;
 - f. No son experimentales ni de investigación; y
 - g. Que no son principalmente para la conveniencia del miembro o Proveedor; y
3. Para los miembros mayores de 20 años, servicios de salud conductual que tengan las siguientes características:
 - a. Son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de dependencia de sustancias químicas o de salud mental, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento que deriva de un trastorno de este tipo;
 - b. Son consistentes con la guía y las normas clínicas profesionalmente aceptadas de práctica en la atención de la salud conductual;
 - c. Se proporcionan en el entorno más adecuado y menos restrictivo en el cual los servicios se pueden brindar de forma segura;
 - d. Son del nivel o suministro de servicios más adecuado que pueden ser provistos de forma segura;
 - e. No se pudieron omitir sin afectar de manera adversa la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención provista;
 - f. No son experimentales ni de investigación; y
 - g. No son principalmente para la conveniencia del miembro o Proveedor.

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Atención médica de emergencia

Se proporciona atención médica de emergencia para Afecciones Médicas de Emergencia y afecciones de salud conductual de emergencia.

Afección médica de emergencia significa:

Una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos recientes y con la suficiente gravedad (incluido dolor intenso) como para que una persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, suponga razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata podría tener uno de los siguientes resultados:

1. Poner en grave peligro la salud del paciente;
2. Provocar un deterioro grave de las funciones corporales;
3. Provocar una disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal;
4. Provocar un desfiguramiento grave; o
5. En caso de una mujer embarazada, poner en peligro la salud de la madre o de su hijo por nacer.

Afección de salud conductual de emergencia significa:

Cualquier afección, independientemente de la naturaleza o causa de la afección, que, según la opinión de una persona prudente, con un conocimiento promedio sobre medicina y salud:

1. Requiere intervención o atención médica inmediata sin la cual el miembro presentaría un peligro inminente para sí mismo o para los demás; o
2. Hace que el miembro sea incapaz de controlar, conocer o comprender las consecuencias de sus acciones.

Servicios de emergencia y atención de emergencia significa:

Servicios cubiertos para pacientes hospitalizados y ambulatorios proporcionados por un Proveedor que está calificado para proporcionar dichos servicios y que son necesarios para evaluar o estabilizar una Afección Médica de Emergencia o condición de salud conductual de emergencia, incluidos los servicios de atención posterior a la estabilización.

¿Cuán pronto puedo esperar ser atendido en una emergencia?

El tiempo de espera para servicios de emergencia se basará en sus necesidades médicas y lo determinará el centro de emergencias que le brinde tratamiento.

¿Qué es la atención posterior a la estabilización?

Los servicios de atención posterior a la estabilización son servicios cubiertos por Medicaid que mantienen su afección estable después de la atención médica de emergencia.

¿Qué es la Atención médica de Urgencia?

Otro tipo de atención es la Atención de Urgencia. Hay algunas lesiones y enfermedades que probablemente no sean emergencias, pero que pueden convertirse en emergencias si no se tratan dentro de las 24 horas. Algunos de los ejemplos son los siguientes:

- Quemaduras o cortes leves
- Dolor de oídos
- Dolor de garganta
- Distensiones o esguinces musculares

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos Atención médica de Urgencia?

Para recibir Atención de Urgencia, debe llamar al consultorio de su médico, incluso durante la noche y los fines de semana. Su médico le indicará lo que debe hacer. En algunos casos, puede indicarle que acuda a una clínica de Atención de Urgencia. Si el médico le indica que vaya a una clínica de Atención de Urgencia, no necesita llamar a la clínica antes de ir. Debe ir a una clínica que acepte Medicaid de UnitedHealthcare Community Plan. Para recibir ayuda, llámenos al número gratuito **1-888-887-9003**. También puede llamar a nuestra línea de ayuda de personal de enfermería disponible las 24 horas al **1-888-887-9003** si desea obtener ayuda para encontrar la atención que necesita.

¿Cuán pronto puedo esperar ser atendido?

En el caso de las citas de Atención de Urgencia, debería poder consultar a su médico en un plazo de 24 horas. Si el médico le indica que vaya a una clínica de Atención de Urgencia, no necesita llamar a la clínica antes de ir. La clínica de Atención de Urgencia debe aceptar Medicaid de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué es la atención médica de rutina y cuán pronto puedo esperar ser atendido?

Si necesita un chequeo físico, entonces la visita es de **rutina**. Su médico debe atenderle en un plazo de 14 días. UnitedHealthcare Community Plan estará encantado de ayudarle a programar una cita; simplemente llámenos al **1-888-887-9003**.

Recuerde lo siguiente: Lo mejor es que consulte a su médico **antes** de enfermarse para que pueda entablar su relación con él. Es mucho más fácil llamar a su médico cuando tiene problemas de salud y este sabe quién es usted.

Debe consultar a un Proveedor de UnitedHealthcare Community Plan para recibir Atención de Urgencia y de rutina. Siempre puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** si necesita ayuda para elegir a un Proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Los servicios dentales de emergencia están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan?

UnitedHealthcare Community Plan cubre servicios dentales de emergencia limitados en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, incluidos los siguientes:

- Tratamiento de la mandíbula dislocada
- Tratamiento de daños traumáticos de los dientes y las estructuras de soporte
- Extracción de quistes
- Tratamiento de abscesos bucales de origen dental o de las encías
- Servicios médicos, hospitalarios y servicios médicos relacionados, como medicamentos para cualquiera de las afecciones anteriores

UnitedHealthcare Community Plan también cubre los servicios dentales que su hijo recibe en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, incluidos otros servicios que su hijo podría necesitar, como anestesia.

¿Qué hago si mi hijo necesita atención dental de emergencia?

Durante los horarios de atención regulares, llame al dentista principal de su hijo para averiguar cómo obtener Servicios de Emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista principal haya cerrado, llámenos al número gratuito **1-888-887-9003** o llame al **9-1-1**.

¿Qué servicios dentales cubre UnitedHealthcare Community Plan para los niños?

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios dentales en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Tratamiento de la mandíbula dislocada
- Tratamiento de daños traumáticos de los dientes y las estructuras de soporte
- Extracción de quistes
- Tratamiento de abscesos bucales de origen dental o de las encías

UnitedHealthcare Community Plan cubre servicios médicos, hospitalarios y servicios médicos relacionados con las afecciones mencionadas anteriormente. Esto incluye los servicios que el médico proporciona y otros servicios que su hijo pueda necesitar, como anestesia u otros medicamentos.

UnitedHealthcare Community Plan también es responsable de cubrir el costo del tratamiento y de los dispositivos para anomalías craneofaciales.

¿Cómo puedo obtener servicios dentales para mi hijo?

El Plan dental de Medicaid de su hijo proporciona todos los demás servicios dentales, incluidos los servicios que ayudan a prevenir las caries y aquellos destinados a solucionar problemas dentales. Llame al Plan dental de Medicaid de su hijo para obtener más información sobre los servicios que ofrece.

Existen tres Planes dentales de Medicaid para niños menores de 21 años:

DentaQuest: 1-800-516-0165

MCNA Dental: 1-855-691-6262

UnitedHealthcare Dental: 1-877-901-7321

Para obtener más información, llame a la línea de ayuda del programa STAR+PLUS de Texas al 1-800-964-2777.

¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica?

Si necesita servicios de atención oftalmológica, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. Podemos ayudarle a encontrar un Proveedor cerca de usted.

Beneficios y servicios

¿Cuáles son mis beneficios de atención de la salud?

STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan cubre servicios Medicamento Necesarios específicos. Esta lista incluye algunos de sus beneficios de atención de la salud:

- Servicios de ambulancia
- Servicios de audiolología, incluidos audífonos, para adultos y niños
- Servicios de salud conductual
- Servicios de maternidad
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de asesoramiento para adultos
- Diálisis
- Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno de hospitalización
- Suministros y equipo médico duradero
- Servicios de Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia (Early Childhood Intervention, ECI)
- Servicios de emergencia
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de Atención de la Salud en el Hogar
- Servicios hospitalarios, para pacientes ambulatorios y hospitalizados
- Laboratorio
- Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados
- Controles médicos y servicios del Programa de Atención Integral (Comprehensive Care Program, CCP) para niños a través del Programa Texas Health Steps
- Optometría, anteojos y lentes de contacto, si son Medicamento Necesarios
- Evaluación bucal y barniz de flúor en el hogar médico junto con el control médico de Texas Health Steps para niños de entre 6 y 35 meses de edad
- Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla

- Podología
- Atención prenatal
- Servicios preventivos que incluyen un control de bienestar anual para adultos para pacientes mayores de 21 años
- Servicios de atención primaria
- Servicios de psiquiatría
- Radiología, diagnóstico por imágenes y radiografías
- Servicios de médicos Especialistas
- Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias
- Trasplante de órganos y tejidos
- Servicios oftalmológicos

¿Cómo obtengo estos servicios?

Llame al Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Existe algún límite para los servicios cubiertos?

Puede haber limitaciones para algunos de los servicios cubiertos. Si desea obtener más detalles, comuníquese con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**.

¿Cambiarán mis beneficios de STAR+PLUS si estoy en un centro de enfermería?

Las personas cubiertas por Medicaid que son elegibles para STAR+PLUS y viven en un centro de enfermería recibirán sus servicios de salud básicos (atención aguda) y servicios de atención a largo plazo a través de STAR+PLUS. Las personas que reciben tanto Medicaid como Medicare (doble elegibilidad) recibirán sus servicios de salud básicos a través de Medicare y sus servicios de atención a largo plazo a través de STAR+PLUS Medicaid.

¿Para qué servicios soy elegible como miembro del Programa de Medicaid para el Cáncer de Mama y de Cuello Uterino (MBCC)?

Los miembros del Programa de Medicaid para el Cáncer de Mama y de Cuello Uterino (Medicaid Breast and Cervical Cancer, MBCC) son elegibles para todos los beneficios del programa STAR+Plus, incluida la atención especializada, la oncología y la Coordinación de Servicios.

¿Qué son los servicios y apoyos de atención a largo plazo (LTSS) y cómo obtengo estos servicios?

Los Servicios y Apoyos de Atención a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) son servicios proporcionados por profesionales de atención médica que ofrecen servicios directos en el hogar y basados en la comunidad para personas mayores y personas con discapacidades. Comuníquese con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para solicitar estos servicios.

¿Cuáles son mis Servicios y Apoyos de Atención a Largo Plazo (LTSS)?

Estos pueden incluir lo siguiente:

- Actividades Diarias y Servicios de Salud (Day Activity and Health Services, DAHS)
- Atención Primaria en el Hogar (Primary Home Care, PCH)
- Community First Choice (atención de auxiliares, servicios de habilitación, servicios de respuesta a emergencias y administración de apoyo)

Otros servicios en el marco del Programa de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad de STAR+PLUS incluyen lo siguiente:

- Servicios de asistencia personal
- Dispositivos de adaptación
- Servicios de hogar de acogida para adultos
- Residencia asistida
- Servicios de respuesta a emergencias
- Comidas de entrega a domicilio
- Suministros médicos
- Modificaciones menores en el hogar (hacer cambios en su hogar para que pueda moverse de manera segura)

- Servicios de enfermería
- Atención de relevo (atención a corto plazo para proporcionar un descanso a los cuidadores)
- Terapias (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla y lenguaje)
- Servicios de asistencia de transición

¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para obtener información sobre estos servicios?

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

¿Cuáles son mis beneficios de la atención aguda?

Los servicios Médicamente Necesarios que STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan cubre se enumeran a continuación. Los hospitales de la Red STAR+PLUS proporcionarán todos los artículos y servicios necesarios cuando su médico los solicite. Estos servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados:

- Cuarto semiprivado y comida, unidad de cuidados críticos o unidad cardíaca
- Sangre entera necesaria para el tratamiento de enfermedades o lesiones
- Atención del parto (atención habitual y atención prenatal especial para mujeres embarazadas con problemas específicos)
- Atención para recién nacidos (atención regular para recién nacidos y atención especial en la sala de neonatología para recién nacidos con problemas)
- Todos los servicios y suministros de apoyo necesarios que haya indicado un médico
- Servicios de trasplante, incluidos los trasplantes de hígado, corazón, pulmón, médula ósea y córnea
- Servicios de ambulancia para casos de emergencia y situaciones que no sean de emergencia para miembros con discapacidades graves
- Servicios de salud conductual y abuso de sustancias

Beneficios y servicios

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios:

Para los Servicios de Emergencia, STAR+PLUS cubrirá la atención hospitalaria para pacientes ambulatorios de la siguiente manera:

- Servicios prestados en la sala de emergencias o en la clínica de atención hospitalaria
- Artículos o servicios de prueba o rehabilitación que haya solicitado su médico
- Cirugía que no requiera una hospitalización
- Servicios de salud conductual y abuso de sustancias (si son Medicamente Necesarios)

Centros de cirugía sin cita previa:

- Cirugía menor que no requiera una hospitalización

Servicios profesionales:

- Visitas al consultorio para recibir atención habitual, lo cual incluye lo siguiente:
 - Atención para prevenir enfermedades (examen físico anual para adultos)
 - Atención médica regular
 - Vacunas para prevenir enfermedades (inmunización)
 - 12 visitas de servicio quiropráctico por año
 - Servicios de podología
- Servicios de laboratorio y radiografías, incluidas pruebas para prevenir defectos congénitos
- Servicios genéticos
- Exámenes auditivos y audífonos Medicamente Necesarios
- Servicios dentales de emergencia
- Diálisis para problemas renales
- Servicios de planificación familiar
- Asesores profesionales con licencia, trabajadores sociales y servicios de salud mental
- Servicios de médicos oftalmólogos: los niños menores de 21 años pueden realizarse un examen de la vista cada año fiscal estatal (del 1 de septiembre al 31 de agosto)

Otros servicios:

Servicios de clínicas rurales de salud, incluidos los siguientes:

- Servicios Médicos y sus servicios de apoyo
- Servicios de personal de enfermería y de trabajadores sociales
- Servicios de visitas de personal de enfermería
- Servicios básicos de laboratorio
- Servicios de clínicas de maternidad
- Servicios de enfermeras parteras certificadas
- Servicios en centros de maternidad, incluidos servicios de admisión, trabajo de parto, parto, posparto y atención obstétrica total
- Controles médicos de Texas Health Steps
- Terapia ocupacional, de audición, del habla o del lenguaje
- Servicios de Centros de Salud con Certificación Federal. (Estas son clínicas comunitarias que han atendido a las personas de la zona durante mucho tiempo. Quizás desee visitar una y ver qué tipo de servicios médicos ofrecen.)

Nota: Para los miembros de Medicaid únicamente, STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan ayudará al miembro a hacer la transición a Medicare si se aprueba o a hacer la transición a Medicaid tradicional.

¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para obtener información sobre estos servicios?

Llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** si tiene preguntas sobre cómo obtener estos servicios o visite myuhc.com para obtener una oferta de beneficios integral y más actualizada.

¿Qué servicios no están cubiertos?

Si desea saber si un procedimiento o medicamento está cubierto en virtud de STAR+PLUS, comuníquese con su Proveedor de Atención Primaria o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**. Las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1**.

- Servicios provistos por Proveedores no aprobados
- Servicios del personal de enfermería de Ciencia Cristiana
- Dentaduras postizas
- Enfermería privada
- Servicios o suministros no cubiertos por Medicaid
- Servicios o suministros proporcionados a un miembro después de que se haya realizado una revisión de estos servicios o suministros y se haya determinado que no son Medicamento Necesarios
- Servicios o suministros pagados por cualquier programa de beneficios de salud, de accidentes y del gobierno federal u hospitales de servicios de salud públicos en los EE. UU.
- Servicios provistos únicamente por razones de estética
- Operaciones para cambio de sexo
- Reversión de esterilización solicitada por la propia persona
- Servicios y suministros a cualquier persona que sea un interno en una institución penitenciaria pública
- Servicios de asesoramiento social y educativo (excepto la capacitación para padres)
- Procedimientos o servicios experimentales o de investigación

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre sus beneficios de medicamentos recetados. Para obtener más información, consulte la página 29 de este Manual para Miembros.

Planificación familiar

¿Cómo puedo obtener servicios de planificación familiar? ¿Necesito un referido para estos servicios?

Puede acudir a su Proveedor de Atención Primaria o a cualquier médico o clínica de planificación familiar que acepte Medicaid para obtener ayuda con la planificación familiar. No necesita un referido. Infórmele a su Proveedor de Atención Primaria adónde irá para poder mantener sus registros actualizados. Los servicios de planificación familiar son muy privados. No debe preocuparse de que nadie se entere de que usted está realizando la planificación familiar.

Los Proveedores y las agencias de planificación familiar no pueden exigir el consentimiento de los padres para que los menores reciban servicios de planificación familiar.

¿Dónde puedo encontrar un Proveedor de servicios de planificación familiar?

Puede encontrar las ubicaciones de los Proveedores de planificación familiar de su área en línea, en <https://www.healthytexaswomen.org/find-a-doctor>, o puede llamar a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** si desea ayuda para encontrar un Proveedor de planificación familiar.

¿Qué sucede si soy un trabajador agrícola inmigrante?

Los hijos de los trabajadores agrícolas inmigrantes pueden realizarse un control médico de Texas Health Steps antes de la fecha estipulada. Puede hacerse el control antes si saldrá del área. Debe programar una cita y realizarse el examen antes de salir del área. Puede llamar al **1-888-887-9003** si necesita ayuda para programar la cita. Este es un beneficio únicamente para hijos de trabajadores agrícolas inmigrantes y es considerado un servicio “acelerado” de Texas Health Steps, o un servicio que se brinda antes de la fecha estipulada. Llámenos para informarnos si alguien de su familia es un trabajador agrícola inmigrante.

Otros detalles del Plan

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

Servicios de valor agregado

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, también puede recibir servicios de valor agregado. Estos servicios únicos se ofrecen, además de los servicios requeridos de Medicaid, para beneficiar su salud y vida cotidiana. Para conocer las ofertas de servicios de valor agregado integrales y más actualizadas, visite myuhc.com. Estos son algunos de los servicios de valor agregado que ofrece UnitedHealthcare Community Plan:

Ayuda para obtener traslado

Como parte de sus beneficios de traslado de UnitedHealthcare, es posible que también sea elegible para recibir asistencia de traslado adicional a citas de atención de la salud que actualmente no están cubiertas por Medicaid. Por ejemplo, traslado a citas dentales para miembros que no son miembros de la exención de STAR+PLUS.

Términos: Los miembros deben llamar a ModivCare al **1-866-528-0441** al menos 2 días antes de la cita para programar el traslado.

Consejos para cuando quiera programar un traslado:

- Número de ID del miembro de UnitedHealthcare
- Nombre del Proveedor
- Dirección del Proveedor
- Número de teléfono del Proveedor
- Hora de la cita

Servicios dentales adicionales para adultos:

Los miembros mayores de 21 años reciben hasta \$500 por año. Esto se usa para 2 exámenes de rutina, 2 limpiezas bucales y 1 juego completo de radiografías de boca de un Proveedor de la Red.

Pregunte a su dentista sobre el acceso a descuentos para servicios no cubiertos. (Por ejemplo: dentaduras postizas, implantes y puentes.)

Términos: Debe acudir a un Proveedor dentro de la Red. Miembros mayores de 21 años. Excluye a los miembros con doble elegibilidad y a los miembros con una exención STAR+PLUS.

Servicios oftalmológicos adicionales:

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

- Una selección mejorada de marcos y lentes
- Lentes de contacto en lugar de anteojos
- Marcos y lentes dañados/extraviados

Términos: Debe acudir a un Proveedor dentro de la Red. Hasta \$105 cada 2 años. No puede usarse para el segundo par o par adicional. Excluye a los miembros con doble elegibilidad.

Manejo de la diabetes y otras enfermedades:

Plantillas diabéticas

Los miembros que tienen diabetes pueden solicitar 2 pares de plantillas de largo completo.

Términos: Un paquete por año.* No incluye miembros con doble elegibilidad.

Organizador de comprimidos con un folleto de seguimiento de la salud

Los miembros pueden solicitar 1 organizador de comprimidos y un folleto de seguimiento de salud para administrar sus medicamentos de manera independiente y hacer un seguimiento de su salud.

Términos: Uno por miembro por año.*

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

Otros detalles del Plan

Consejos útiles:

Lleve todos sus medicamentos no refrigerados, incluidos los medicamentos de venta libre o suplementos, a todas las citas con el médico. Si está tomando medicamentos que requieren refrigeración, escríbalos en su folleto de seguimiento de salud para llevarlo a su cita. Revise todos los medicamentos con el médico y analice cualquier inquietud que pueda tener. Le recomendamos que le pida al médico una lista activa de medicamentos para asegurarse de que está tomando sus medicamentos actuales correctamente.

Oxímetro con folleto de seguimiento de la salud

Los miembros elegibles que no califican para el oxímetro como beneficio de Medicaid y cuentan con administración activa de casos pueden solicitar 1 oxímetro de pulso de un dedo, 2 mascarillas faciales de tela reutilizables y un folleto de seguimiento de salud. Esto permitirá que los miembros que tengan un alto riesgo de desarrollar complicaciones por el COVID-19 monitoreen sus niveles de oxígeno.

Términos: Debe tener un diagnóstico de asma, EPOC, insuficiencia cardíaca, enfermedad de células falciformes o estar inmunodeprimido y bajo tratamiento activo de caso. Los miembros que hayan recibido todas las dosis de la vacuna contra el COVID-19 recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) no son elegibles. Uno por miembro por año.*

Enchufes de pared repelentes de cucarachas

Los miembros pueden solicitar un paquete de seis enchufes de pared repelentes de cucarachas.

Términos: Un paquete por año.* Los miembros deben contar con administración activa de casos y tener un diagnóstico de asma o EPOC.

Ropa de cama hipoalérgica

Los miembros pueden solicitar 1 funda hipoalérgica para colchón y 1 funda de almohada.

Términos: El miembro debe contar con la administración de casos para el asma o la EPOC. Una funda para colchón y una funda de almohada por año.*

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

Servicios de atención de relevo (visitas domiciliarias):

La atención de relevo ofrece un descanso para los familiares o amigos que son cuidadores no pagos.

Términos: Hasta 8 horas por año. El miembro no debe ser un miembro con subsidio. Debe acudir a un Proveedor dentro de la Red. No incluye a los miembros del Programa de Exención Star Plus.

Comidas con entrega a domicilio:

Los miembros reciben 10 comidas con entrega a domicilio después de abandonar el hospital por una corta estadía.

Términos: El miembro debe residir en la comunidad después del alta hospitalaria. Se deben aceptar las 10 comidas. Los miembros califican para esta entrega de comidas una vez al año. Si tiene preguntas sobre este servicio, comuníquese al 1-888-877-9003 para hablar con un Coordinador de Servicios o Defensor de Miembros. No incluye a los miembros del Programa de Exención STAR+PLUS.

Kit de ejercicios

Los miembros que deseen estar más activos o perder peso pueden solicitar un kit de ejercicios que incluya un podómetro, un paquete de bandas de resistencia y una botella de agua.

Términos: Un kit de ejercicios por año.*

Kit de hierbas de la huerta con recetas

Los miembros que estén interesados en mejorar su salud con una cocina hogareña más saludable pueden solicitar un kit de hierbas de la huerta.

Términos: Un kit por año.*

*Cada año fiscal estatal, 9/1-8/31.

Otros detalles del Plan

Recursos en línea

FindHelp (anteriormente Aunt Bertha)

Acceso a recursos en línea para conectarse con recursos comunitarios gratuitos o de bajo costo. Por ejemplo, bancos de alimentos, refugios, educación, vivienda y servicios de empleo.

Términos: Los miembros podrán acceder a FindHelp a través del personal del plan de salud, los Defensores de Miembros o comunicándose con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**.

Recursos de salud mental en línea

Live and Work Well es una herramienta en línea que puede usar para obtener apoyo, respuestas y atención de expertos. Encuentre artículos, herramientas de cuidado personal, Proveedores de atención y otros recursos relacionados con la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias.

Para obtener más información, visite www.liveandworkwell.com.

Servicios de Respuesta a Emergencias (ERS)

Los miembros elegibles de 18 años o más pueden tener acceso a un sistema de monitoreo electrónico, que incluye monitoreo las 24 horas, los siete días de la semana y que ayuda a garantizar que se contacte a la persona o agencia de servicio adecuada en caso de emergencia.

Términos: Los miembros deben vivir solos o estar aislados de la sociedad, tener una discapacidad funcional y tener antecedentes documentados de 2 o más caídas u Hospitalizaciones en los últimos 6 meses. Excluye la exención STAR+PLUS, los miembros de Community First Choice y los miembros con doble elegibilidad. Si tiene preguntas sobre este servicio, comuníquese al **1-888-877-9003** para hablar con un Coordinador de Servicios o Defensor de Miembros.

Servicios de salud conductual en el hogar o fuera de las instalaciones

Servicios de salud mental proporcionados a los miembros fuera del centro para ayudar a reducir o evitar las admisiones de pacientes hospitalizados, mediante un equipo multidisciplinario móvil presente en la comunidad de médicos clínicos con licencia y trabajadores capacitados sin licencia con la dirección de un profesional con licencia.

Términos: Limitado a 6 visitas por año calendario.* No incluye miembros con doble elegibilidad.

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

Kit ¡Bienvenido a casa!

Los miembros elegibles que regresan al hogar luego de estar en un centro de enfermería recibirán un Kit ¡Bienvenido a casa! El kit incluirá, entre otros, los siguientes artículos:

- Linterna
- Pastillero
- Calendario

Términos: Incluye 1 Kit ¡Bienvenido a casa! por año fiscal.* No incluye miembros con doble elegibilidad.

Libros de actividades para adultos

Los miembros pueden recibir libros de actividades para adultos, como sopa de letras, crucigrama, Sudoku, libro para colorear y tarjetas postales prepagadas. También recibirán una caja de lápices de colores.

Términos: Incluye 1 paquete de libros por año fiscal.*

Libro sobre atención infantil

Las embarazadas inscritas pueden obtener un libro de cuidado infantil.

Términos: Las mujeres inscritas pueden solicitar un libro por año.*

Programa Healthy First Steps® Babyscripts

El programa Babyscripts es una aplicación móvil para que las mujeres embarazadas inscritas accedan a contenido educativo gratuito, recursos y recompensas por asistir a sus visitas prenatales y posparto.

Términos: Todas las miembros embarazadas son elegibles. Para inscribirse, visite la tienda Apple App Store® o Google Play™ en su teléfono inteligente. Descargue la aplicación **Babyscripts myJourney**. O llame al **1-800-599-5985**. Es así de simple. Una vez que nazca el bebé, deberá ser inscrito en un plan de UnitedHealthcare Community Plan para continuar recibiendo las recompensas. Gane hasta 3 recompensas en total. Obtenga una tarjeta de regalo de \$20 solo por inscribirse.

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

Otros detalles del Plan

¿Cómo puedo obtener esos beneficios?

Comuníquese con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para obtener más información sobre cómo obtener estos servicios.

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

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

¿Qué otros servicios puedo obtener a través de UnitedHealthcare Community Plan?

El programa STAR+PLUS cubre los siguientes servicios. Estos servicios los ofrecen otros Proveedores fuera de la Red de UnitedHealthcare Community Plan. Nos complacerá referirle a uno de estos Proveedores si necesita estos tipos de servicios:

- Administración de casos para niños y mujeres embarazadas. Visite el sitio web a continuación para obtener más información: <https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/health-services-providers/case-management-providers-children-pregnant-women>
- Medicamentos recetados
- Servicios dentales de Texas Health Steps
- Clínicas contra la tuberculosis (TB)
- Programa de Servicios para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children, WIC)
- Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia (ECI)
- Servicios prestados por médicos de hospitales federales o estatales
- Administración de Casos de Salud Mental y Retraso Mental (Mental Health and Mental Retardation, MHMR)
- Evaluación de Diagnóstico de Retraso Mental (Mental Retardation Diagnostic Assessment, MRDA)
- Rehabilitación en salud mental
- Servicios de Salud Escolar y Servicios Relacionados de Texas (Texas School Health and Related Services, SHARS)
- Comisión de Texas para Personas con Ceguera (Texas Commission for the Blind, TCB)

63 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Qué es la Administración de Casos para niños y mujeres embarazadas?

¿Necesita ayuda para encontrar y obtener servicios? Es posible que disponga de un Administrador de Casos para que le ayude.

¿Quién dispone de un Administrador de Casos?

Niños, adolescentes, adultos jóvenes (desde el nacimiento hasta los 20 años) y mujeres embarazadas que reciben beneficios de Medicaid y que cumplan alguna de las siguientes condiciones:

- Tienen problemas de salud, o
- Tienen un alto riesgo de tener problemas de salud.

¿Qué hacen los Administradores de Casos?

Un Administrador de Casos le visitará y luego hará lo siguiente:

- Averiguará qué servicios necesita
- Encontrará servicios cerca de donde vive
- Le enseñará cómo encontrar y obtener otros servicios
- Se asegurará de que reciba los servicios que necesita

¿Qué tipo de ayuda puedo recibir?

Nuestros Administradores de Casos pueden ayudarle con lo siguiente:

- Obtener servicios médicos y dentales
- Obtener equipos o suministros médicos
- Solucionar problemas escolares o educativos
- Solucionar otros problemas

¿Cómo puede conseguir un Administrador de Casos?

Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**, visite [UHCommunityPlan.com](https://uhc.com) o llame a Texas Health Steps al 1-877-847-8377 (número gratuito), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Para obtener más información, visite <https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/health-services-providers/case-management-providers-children-pregnant-women>.

Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia (ECI)

¿Qué es la Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia?

La Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia es un programa que exige el gobierno federal para bebés y niños pequeños menores de tres años (de entre 0 y 36 meses) con retrasos en el desarrollo o discapacidades. Los servicios de la Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia son únicos debido a estos motivos:

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

¿Necesito un referido para estos servicios?

Cualquier persona puede darle un referido (padre, madre, familiar, profesional de atención médica, trabajador social, cuidador, amigo o vecino). Para encontrar un Proveedor de servicios de Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia, visite <https://www.hhs.texas.gov/services/disability/early-childhood-intervention-services> o comuníquese con su Coordinador de Servicios al **1-877-352-7798** para obtener asistencia. Un niño que ya tiene una afección diagnosticada médicamente, la cual tiene una alta probabilidad de resultar en un retraso en el desarrollo, califica automáticamente para la Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia. Llame a su Coordinador de Servicios al **1-877-352-7798** para obtener asistencia.

¿Dónde puedo encontrar un Proveedor de Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia?

Todos los profesionales de Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia tienen experiencia con bebés, niños pequeños y sus familias. Para encontrar un Proveedor de Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia, visite <https://www.hhs.texas.gov/services/disability/early-childhood-intervention-services> o comuníquese con su Coordinador de Servicios al **1-877-352-7798** para obtener asistencia. Los Especialistas con licencia o acreditados incluyen los siguientes profesionales:

- Especialistas en Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia
- Especialistas en audición y visión
- Personal de enfermería
- Terapeutas ocupacionales

65 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

- Patólogos
- Fisioterapeutas
- Asesores profesionales
- Nutricionistas matriculados
- Trabajadores sociales
- Patólogos del habla y lenguaje

Si no tengo automóvil, ¿cómo puedo conseguir que me lleven al consultorio del médico? ¿A quién debo llamar para que me lleve a una cita médica?

Transporte

Servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia (NEMT)

¿Qué son los servicios de NEMT?

Los servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia proporcionan transporte a citas de atención de la salud que no sean de emergencia para miembros que no tienen otras opciones de transporte. Esto incluye traslados al médico, dentista, hospital, farmacia y otros lugares donde recibe servicios de Medicaid. Estos traslados NO incluyen los traslados en ambulancia.

¿Qué servicios forman parte de los servicios de NEMT?

- Pases o boletos para el transporte, como el transporte público dentro de ciudades o estados, o entre ciudades y estados, incluidos los trenes o autobuses
- Servicios comerciales de transporte aéreo
- Servicios de transporte de respuesta a la demanda, es decir, transporte de acera a acera en autobuses, camionetas o sedanes privados, incluidos los vehículos con accesibilidad para sillas de ruedas, si es necesario
- Reembolso de millas para un participante de transporte individual (individual transportation participant, ITP) por un traslado verificado que se haya realizado para asistir a un servicio de atención de la salud cubierto. El participante de transporte individual puede ser usted, una parte responsable, un familiar, un amigo o un vecino.

Otros detalles del Plan

- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir fondos correspondientes al costo de las comidas relacionadas con un traslado de larga distancia para obtener servicios de atención de la salud. La tarifa diaria para comidas es de \$25 por día para el miembro y de \$25 por día para un acompañante aprobado.
- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir fondos correspondientes al costo del alojamiento relacionado con un traslado de larga distancia para obtener servicios de atención de la salud. Los servicios de alojamiento se limitan a una estadía nocturna y no incluyen ningún servicio utilizado durante su estadía, como llamadas telefónicas, servicio a la habitación o servicio de lavandería.
- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir fondos antes de un viaje para cubrir los servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia autorizados

Si necesita que un acompañante viaje con usted a su cita, los servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia cubrirán los costos de transporte de su acompañante.

Los niños menores de 14 años deben viajar acompañados por su padre, madre, tutor u otro adulto autorizado. Los niños de entre 15 y 17 años deben viajar acompañados por su padre, madre, tutor u otro adulto autorizado, o tener un consentimiento registrado de su padre, madre, tutor u otro adulto autorizado para viajar solos. No se requiere el consentimiento de los padres si el servicio de atención de la salud es de naturaleza confidencial.

¿Cómo puedo obtener un traslado?

Su Organización de Atención Administrada le proporcionará información sobre cómo solicitar servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia. Debe solicitar estos servicios lo antes posible y con al menos dos días hábiles de anticipación al día en que los necesite. En ciertas circunstancias, puede solicitar los servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia con menos anticipación. Esto incluye el transporte desde el hospital después de ser dado de alta; el transporte a la farmacia para recoger medicamentos o suministros médicos aprobados, y el transporte por afecciones de urgencia, es decir, afecciones médicas que no son una emergencia, pero que son lo suficientemente graves o dolorosas como para requerir tratamiento dentro de las 24 horas. Debe notificar a su Organización de Atención Administrada antes del horario del traslado aprobado y programado si su cita médica se cancela.

Llame a la línea directa **Where's My Ride** al 1-866-528-0441, TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., para analizar sus necesidades de servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia.

Responsabilidades adicionales de los miembros al usar los servicios de NEMT

1. Al solicitar servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia, debe proporcionar la información solicitada por la persona que organice o verifique su transporte.
2. Debe seguir todas las normas y regulaciones que se apliquen a sus servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia.
3. Debe devolver los fondos adelantados que no utilice. Debe proporcionar pruebas de que asistió a la cita médica para poder recibir fondos anticipados en el futuro.
4. No debe ejercer actos de abuso o acoso, ya sean de naturaleza verbal, sexual o física, contra ninguna persona al solicitar o recibir los servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia.
5. No debe perder los boletos o las fichas de autobús, y debe devolver cualquier boleto o ficha que no utilice. Debe usar los boletos o las fichas de autobús solo para ir a su cita médica.
6. Solo debe usar los servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia para trasladarse hacia y desde sus citas médicas.
7. Si ha coordinado un servicio de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia, pero debido a cualquier circunstancia ya no necesita el servicio, debe comunicarse con la persona que le ayudó a coordinar su transporte lo antes posible.

¿Qué sucede si pierdo la cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid, pero la recupera en un plazo de seis (6) meses, recibirá sus servicios de Medicaid del mismo Plan de salud que tenía antes de perder su cobertura de Medicaid. También tendrá el mismo Proveedor de Atención Primaria que tenía antes.

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

Llame a UnitedHealthcare Community Plan o al 2-1-1 para obtener ayuda con la renovación de una solicitud.

La renovación de Medicaid se completa cuando la familia firma y envía a la Comisión de Salud y Servicios Humanos el Formulario de Inscripción/Transferencia correspondiente, si la familia elige un nuevo Plan médico o dental.

¿Qué sucede si recibo una factura del médico? ¿Con quién debo comunicarme? ¿Qué información necesitarán?

Si recibe una factura de su médico, hospital u otro Proveedor de atención médica, pregunte el motivo por el que se la envían a usted. El médico, Proveedor de atención médica u hospital no pueden facturarle los servicios cubiertos y aprobados de Medicaid. Usted no tiene que pagar las facturas que debería pagar UnitedHealthcare Community Plan.

Si recibe una factura, comuníquese con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para solicitar ayuda.

Asegúrese de tener la factura a mano cuando llame. Deberá informar a Servicio al Cliente quién le envió la factura, la fecha del servicio, el monto y la dirección y el número de teléfono del Proveedor.

¿Qué debo hacer si me mudo?

Apenas tenga su nueva dirección, infórmela a la oficina local de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos y a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

Antes de recibir servicios de Medicaid en su nueva área, debe llamar a UnitedHealthcare Community Plan, a menos que necesite Servicios de Emergencia. Continuará recibiendo atención a través de UnitedHealthcare Community Plan hasta que la Comisión de Salud y Servicios Humanos actualice su dirección.

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

Medicaid y seguros privados

Debe informar al personal de Medicaid sobre cualquier seguro médico privado que tenga.

Debe llamar a la línea directa de Recursos de Terceros de Medicaid y actualizar su expediente de caso de Medicaid si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Se cancela su seguro médico privado
- Obtiene una nueva cobertura de seguro
- Tiene preguntas generales sobre el seguro de terceros

Puede llamar a la línea gratuita al 1-800-846-7307. Si tiene otro seguro, aún puede reunir los requisitos para recibir los beneficios de Medicaid. Al informar al personal de Medicaid sobre su otro seguro de salud, ayuda a garantizar que Medicaid solo pague lo que su otro seguro de salud no cubre.

Importante: Los Proveedores de Medicaid no pueden negarle los servicios debido a que usted tiene un seguro de salud privado además de Medicaid. Si los Proveedores le aceptan como paciente de Medicaid, también deben inscribirse en su compañía de seguro de salud privada.

¿Puede mi Proveedor de Medicare enviarme una factura por los servicios o suministros si estoy inscrito tanto en Medicare como en Medicaid?

No se le puede facturar el “costo compartido” de Medicare, que incluye deducibles, coseguros y copagos que están cubiertos por Medicaid.

Quejas y Apelaciones

¿Qué debo hacer si tengo una Queja?

Queremos ayudarle. Si tiene una Queja, llámenos de forma gratuita al **1-888-887-9003** para contarnos su problema. Un Defensor de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a presentar una Queja. Simplemente llame al **1-888-887-9003**. La mayoría de las veces, podemos ayudarle de inmediato o, como máximo, en unos pocos días.

Una vez que haya pasado por el proceso de Quejas de UnitedHealthcare Community Plan, puede presentar una Queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC). Para ello, llame al número gratuito 1-866-566-8989. Si desea presentar su Queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

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

Si tiene acceso a Internet, puede presentar su Queja en <https://www.hhs.texas.gov/services/your-rights/hhs-office-ombudsman/ombudsman-complaint-process>.

¿Con quién debo comunicarme?

Llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**; las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1**.

¿A qué dirección postal puedo enviar una Queja?

Para Quejas por escrito, envíe su carta a STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan. Debe indicar su nombre, número de identificación de miembro, número de teléfono y dirección, y el motivo de su Queja. Envíe la carta a la siguiente dirección:

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

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

No hay un límite de tiempo para presentar una Queja ante UnitedHealthcare Community Plan.

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

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

¿Cuánto tiempo tardará en procesarse mi Queja?

La mayoría de las veces, podemos ayudarle de inmediato o, como máximo, en unos pocos días. Recibirá la carta dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la Queja por parte de UnitedHealthcare Community Plan.

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

Sí, un representante del Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a presentar una Queja. Simplemente llame al **1-888-887-9003**. La mayoría de las veces, podemos ayudarle de inmediato o, como máximo, en unos pocos días.

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

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta si no se aprueba un servicio cubierto que usted solicitó o si se deniega el pago total o parcial de los servicios. Si no está conforme con nuestra decisión, llame a UnitedHealthcare Community Plan dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que reciba nuestra carta.

Debe apelar la decisión dentro de los 10 días hábiles posteriores a la fecha que figura en la carta, o antes de la fecha de entrada en vigencia de la medida que figura en la carta, para asegurarse de que sus servicios no se interrumpan. Para presentar una Apelación, puede enviar una carta a UnitedHealthcare Community Plan, puede enviar por correo postal el Formulario de Apelación que se incluye en la carta que recibió o puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan. Puede solicitar una extensión de hasta 14 días de tiempo adicional para su Apelación. UnitedHealthcare Community Plan puede tomarse más tiempo para tomar una decisión con respecto a su Apelación si es conveniente para usted. Si esto sucede, le informará por escrito el motivo de la demora.

Puede comunicarse con Servicio al Cliente y solicitar ayuda para su Apelación. Cuando llame, le ayudaremos a presentar una Apelación. Luego le enviaremos una carta y le pediremos a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme un formulario.

¿Cómo puedo saber si los servicios se denegaron?

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta si un servicio cubierto solicitado por su Proveedor de Atención Primaria se deniega, retrasa, limita o interrumpe.

Otros detalles del Plan

¿Cuáles son los plazos para el proceso de Apelación?

UnitedHealthcare Community Plan debe completar todo el proceso de Apelación estándar dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud de Apelación inicial por escrito u oral. Esta fecha límite puede extenderse hasta 14 días a solicitud de un miembro o si la Organización de Atención Administrada demuestra que existe la necesidad de recopilar más información e indica cómo la demora beneficiaría al miembro. Si la Organización de Atención Administrada necesita extender la fecha límite, el miembro debe recibir un aviso por escrito sobre la demora.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una Apelación?

Puede solicitar una Apelación por la denegación del pago total o parcial de los servicios. Si solicita una Apelación en un plazo de 10 días hábiles posteriores al momento en que reciba el aviso de denegación por parte del Plan de salud, usted tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el Plan de salud haya denegado o reducido, al menos hasta que se tome la decisión definitiva de la Apelación. Si no solicita una Apelación en un plazo de 10 días posteriores al momento en que reciba el aviso de denegación, se interrumpirá el servicio que el Plan de salud denegó.

¿Tengo que presentar mi solicitud de Apelación por escrito?

Su solicitud no tiene que ser por escrito. Si desea enviar una solicitud de Apelación por escrito, puede enviarla por correo postal a la siguiente dirección:

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

¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan ayudarme a presentar una Apelación?

Servicio al Cliente está disponible para ayudarle a presentar una Queja o Apelación. Puede pedirles que le ayuden cuando llame al **1-888-887-9003**.

¿Qué sucede después de mi Apelación?

Recibirá una carta en la que se le informará sobre la decisión de Apelación, así como si sus servicios cambiarán y cuándo, y cualquier otra opción que pueda tener. El miembro tiene la opción de solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal hasta 120 días después de la fecha en que la Organización de Atención Administrada envía por correo el aviso sobre la decisión de Apelación. El miembro tiene la opción de solicitar una revisión de una audiencia imparcial estatal hasta 120 días después de la fecha en que la Organización de Atención Administrada envía por correo el aviso sobre la decisión de la Apelación. Si no gana la Apelación, es posible que tenga que pagar los servicios que reciba mientras se resuelva. UnitedHealthcare no recuperará los costos de los servicios que usted recibió sin el permiso escrito de la Comisión de Salud y Servicios Humanos.

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

¿Qué es una Apelación de emergencia?

Una Apelación de emergencia tiene lugar cuando el Plan de salud debe tomar una decisión rápidamente debido a su afección de salud, y cuando el tiempo requerido para tomar una decisión de una Apelación estándar podría poner en peligro su vida o salud.

¿Cómo solicito una Apelación de emergencia?

Puede solicitar este tipo de Apelación por escrito o por teléfono. Asegúrese de escribir “Deseo una decisión rápida o una Apelación de emergencia” o “Considero que mi salud podría verse perjudicada al esperar una decisión estándar”. Para solicitar una decisión rápida por teléfono, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Tengo que presentar la solicitud por escrito?

Podemos grabar su solicitud oral. Su solicitud no tiene que ser por escrito. Se transcribirá la grabación y se la convertirá en una solicitud por escrito. Si desea enviar por correo postal una solicitud de Apelación por escrito, puede enviarla a la siguiente dirección:

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

¿Cuáles son los plazos para una Apelación de emergencia?

UnitedHealthcare Community Plan debe tomar una decisión sobre este tipo de Apelación en un plazo de 1 día hábil o 72 horas desde el momento en que recibimos la información y solicitud. Si su Apelación se relaciona con una emergencia en curso o si se denegó su hospitalización continua, debemos tomar una decisión con respecto a la Apelación en un plazo de 1 día hábil.

¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza la solicitud de Apelación de emergencia?

Si UnitedHealthcare Community Plan rechaza una Apelación de emergencia, la Apelación se procesa a través del proceso de Apelación normal y se resolverá dentro de los 30 días. Recibirá una carta en la que se explicarán los motivos y qué otras opciones podría tener.

¿Quién puede ayudarme a presentar una Apelación de emergencia?

Si usted está hospitalizado, pídale a una persona que le ayude a enviar por correo postal, fax o que llame en su nombre para solicitar este tipo de Apelación. También puede llamar a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** y pedirle a alguien que le ayude a iniciar una Apelación o pedirle a su médico que lo haga por usted. Si pasa por este proceso y se rechazan los servicios que solicitó después de la Apelación y la audiencia imparcial estatal, es posible que deba pagar esos servicios.

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 74
o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Audiencia Imparcial Estatal

¿Puedo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal?

Si usted, como miembro del Plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de Apelación interna del Plan de salud, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal. Para designar a una persona que le represente, envíe una carta al Plan de salud informándole el nombre de la persona que desea que le represente. Un Proveedor puede ser su representante.

Si desea impugnar una decisión tomada por su Plan de salud, usted o su representante deben solicitar la audiencia imparcial estatal dentro de los 120 días posteriores a la fecha que figura en la carta de decisión de Apelación interna del Plan de salud.

Si no solicita la audiencia imparcial estatal en un plazo de 120 días, puede perder su derecho a solicitarla. Para solicitar una audiencia imparcial estatal, usted o su representante deben llamar a UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-288-2160** o enviar una carta al Plan de salud a la siguiente dirección:

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

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el Plan de salud haya denegado o reducido, en función de los servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial estatal si solicita una audiencia antes de (1) 10 días calendario después de la fecha en que el Plan de salud envió por correo postal la carta de decisión de Apelación interna, o (2) el día que la carta de decisión de Apelación interna del Plan de salud indique que su servicio se reducirá o terminará. Si no solicita una audiencia imparcial estatal antes de esta fecha, se interrumpirá el servicio que el Plan de salud denegó.

Si solicita una audiencia imparcial estatal, obtendrá un paquete de información que le indicará la fecha, hora y ubicación de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales estatales se llevan a cabo por teléfono. En ese momento, usted o su representante pueden decir por qué necesita el servicio que el Plan de salud denegó.

La Comisión de Salud y Servicios Humanos tomará una decisión final en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que usted solicitó la audiencia imparcial estatal.

Si pasa por este proceso y se rechazan los servicios que solicitó después de la Apelación y la audiencia imparcial, es posible que deba pagar esos servicios.

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

Si pierde su Apelación de la audiencia imparcial estatal, UnitedHealthcare Community Plan podría recuperar los costos de los servicios o beneficios que recibió mientras la Apelación estaba pendiente. UnitedHealthcare no recuperará los costos de los servicios que usted recibió durante la Apelación o la audiencia imparcial estatal sin el permiso por escrito de la Comisión de Salud y Servicios Humanos.

¿Puedo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal de emergencia?

Si considera que esperar una audiencia imparcial estatal pondrá en grave peligro su vida o salud, o bien su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su funcionamiento máximo, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia escribiendo o llamando a UnitedHealthcare Community Plan. Para reunir los requisitos para una audiencia imparcial estatal de emergencia a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos, primero debe completar el proceso de Apelaciones internas de UnitedHealthcare Community Plan.

Información sobre la Revisión Médica Externa

¿Puede un miembro solicitar una Revisión Médica Externa?

Si un miembro, como miembro del Plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de Apelación interna del Plan de salud, tiene derecho a solicitar una revisión médica externa. Una revisión médica externa es un paso adicional optativo que un miembro puede tomar para que el caso se revise antes de la audiencia imparcial estatal. El miembro puede designar a alguien para que le represente comunicándose con el Plan de salud y proporcionando el nombre de la persona que desea que le represente. Un Proveedor puede ser el representante del miembro. El miembro o el representante del miembro deben solicitar la revisión médica externa en un plazo de 120 días posteriores a la fecha en que el Plan de salud envíe por correo postal la carta con la decisión de Apelación interna. Si el miembro no solicita la revisión médica externa en un plazo de 120 días, puede perder su derecho a solicitarla. Para solicitar una revisión médica externa, el miembro o su representante pueden hacer lo siguiente:

- Completar el “Formulario de Solicitud de Revisión Médica Externa y Audiencia Imparcial Estatal” que se adjunta a la carta de Aviso de Decisión de Apelación Interna para Miembros por parte de la Organización de Atención Administrada y enviarlo por correo postal o fax a la siguiente dirección:

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

Otros detalles del Plan

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

Si el miembro solicita una revisión médica externa en un plazo de 10 días posteriores a la recepción de la decisión de Apelación del Plan de salud, tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el Plan de salud haya denegado, en función de servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión definitiva de la audiencia imparcial estatal. Si el miembro no solicita una revisión médica externa en un plazo de 10 días posteriores a la recepción de la decisión de Apelación del Plan de salud, se interrumpirá el servicio que el Plan de salud denegó.

El miembro puede retirar su solicitud de revisión médica externa antes de que se asigne a una Organización de Revisión Independiente o mientras esta revise la solicitud de revisión médica externa del miembro. Una Organización de Revisión Independiente es una organización externa contratada por la Comisión de Salud y Servicios Humanos que realiza una revisión médica externa durante los procesos de Apelación de los miembros relacionados con determinaciones adversas de beneficios en función de la necesidad funcional o médica. La revisión médica externa no puede retirarse si una Organización de Revisión Independiente ya completó la revisión y tomó una decisión.

Si el miembro continúa con una audiencia imparcial estatal y la decisión de la audiencia es diferente de la decisión de la Organización de Revisión Independiente, la decisión de la audiencia imparcial estatal es definitiva. La decisión de la audiencia imparcial estatal solo puede mantener o aumentar los beneficios de los miembros en función de la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

¿Puedo solicitar una Revisión Médica Externa de emergencia?

Si considera que esperar una revisión médica externa estándar pondrá en grave peligro su vida o salud, o bien su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su funcionamiento máximo, usted, su padre o madre o su representante legalmente autorizado pueden escribir o llamar a UnitedHealthcare Community Plan y solicitar una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial estatal de emergencia. Para reunir los requisitos para una revisión médica externa de emergencia y una revisión de la audiencia imparcial estatal de emergencia a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos, primero debe completar el proceso de Apelaciones internas de UnitedHealthcare.

Directrices Anticipadas

¿Qué son las Directrices Anticipadas?

Todas las personas adultas que se encuentren en hospitales, centros de enfermería y otros establecimientos de atención de la salud tienen ciertos derechos. Por ejemplo, usted tiene derecho a mantener la privacidad de sus registros médicos e información personal. Tiene derecho a saber qué tratamiento recibirá. De acuerdo con la ley federal, tiene derecho a completar una directriz anticipada. Las directrices anticipadas son documentos que le permiten decidir y establecer por escrito qué tipo de tratamiento desea o no desea, así como cualquier medida que desea que se tome en caso de estar demasiado enfermo para tomar decisiones sobre su atención de la salud. Nuestra política consiste en hacerles saber a todos los miembros adultos de UnitedHealthcare Community Plan que pueden preparar estos documentos. La ley federal sobre directrices anticipadas exige que los hospitales, los centros de enfermería y otros Proveedores de atención médica le brinden información sobre las directrices anticipadas. La información le explicará sus opciones legales en la toma de decisiones sobre su atención médica. La ley se creó para aumentar su control sobre las decisiones relacionadas con el tratamiento médico.

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

¿Cómo obtengo una Directriz Anticipada?

Comuníquese con su Proveedor de Atención Primaria o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**. Las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Quién tiene derecho a tomar decisiones acerca de la atención de la salud?

Usted, si es adulto y les informa a los Proveedores sobre sus decisiones de atención de la salud. Usted decide qué atención de la salud, en caso de haberla, no aceptará.

¿Qué sucede si no puedo informar cuáles son mis decisiones de atención de la salud a los Proveedores?

Igualmente puede tener cierto control sobre estas decisiones si ha firmado una directriz anticipada. Su Proveedor de Atención Primaria debe indicar en sus registros médicos si usted ha firmado una directriz anticipada. Si no ha designado a ninguna persona en la directriz anticipada, su médico debe buscar a una persona autorizada por ley para tomar estas decisiones.

Otros detalles del Plan

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

Igualmente puede tener cierto control sobre estas decisiones si ha firmado una directriz anticipada. Su Proveedor de Atención Primaria debe indicar en sus registros médicos si usted ha firmado una directriz anticipada. Si no ha designado a ninguna persona en la directriz anticipada, su médico debe buscar a una persona autorizada por ley para tomar estas decisiones.

¿Cuáles son mis opciones para presentar una Directriz Anticipada?

Según la ley de Texas, puede presentar las siguientes directrices:

1. **Un Poder Notarial Permanente para la Atención de la Salud:** un documento escrito que le da a la persona designada el poder de actuar en su nombre y tomar decisiones sobre su atención de la salud. Su poder notarial permanente para la atención de la salud también incluirá cualquier detalle o pauta sobre la atención de la salud que desee o no recibir. Esto podría incluir el rechazo o retiro de procedimientos si se encuentra en una “etapa terminal”. Una “etapa terminal” es cuando un paciente no tiene cura y morirá sin procedimientos de soporte vital. (Dos médicos deben indicar por escrito que esto es así.) Un paciente también se encuentra en una “etapa terminal” si está en un estado vegetativo permanente o en coma irreversible.
2. **Un Testamento en Vida:** es una declaración por escrito sobre la atención de la salud que desea o no desea si no puede tomar estas decisiones. Por ejemplo, un testamento en vida puede indicar si usted desea recibir alimentación por sonda si se encuentra en estado de inconsciencia y sin probabilidades de recuperación. Un testamento en vida les indica a los médicos si deben rechazar/retirar o continuar los procedimientos para mantener la vida si se encuentra en una “etapa terminal”. También puede informarles a los médicos si desea que se utilicen otros procedimientos de mantenimiento de la vida.

¿Se debe respetar mi Directriz Anticipada?

Sí. Su Proveedor de Atención Primaria, otros Proveedores de salud y la persona que nombre en su directriz deben respetarla.

¿Debe ser un abogado quien prepare mi Directriz Anticipada?

No. Existen grupos locales y nacionales que pueden proporcionarle datos sobre las directrices anticipadas, incluidos los formularios. Asegúrese de que toda directriz anticipada que utilice sea válida conforme a las leyes de Texas.

¿Quién debe tener una copia de mi Directriz Anticipada?

Proporcione una copia a su Proveedor de Atención Primaria y a cualquier centro de atención de la salud en el momento de la admisión. Si cuenta con un poder notarial permanente para la atención de la salud, proporcione una copia a la persona que designó en el documento. Usted mismo también debería conservar copias adicionales.

79 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Debo redactar una Directriz Anticipada?

No. Esa decisión depende solamente de usted. Un Proveedor de atención médica no puede negar la atención médica en función de si usted posee o no una directriz anticipada.

¿Puedo cambiar o cancelar mi Directriz Anticipada?

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

¿Qué sucede si ya tengo una Directriz Anticipada?

Es posible que desee revisarla o hacerla revisar. Si se ha realizado en otro estado, asegúrese que tenga validez conforme a las leyes de Texas.

¿Quién puede tomar decisiones de atención de la salud legalmente por mí si yo no puedo hacerlo y no tengo una Directriz Anticipada?

Un juez podría designar a un tutor para que tome las decisiones de atención de la salud por usted. De lo contrario, su Proveedor de Atención Primaria debe buscar a alguien más para que tome las decisiones de atención de la salud por usted. Esta persona puede ser:

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

Si su Proveedor de Atención Primaria no puede encontrar una persona que pueda tomar decisiones sobre su atención de la salud por usted, este podrá decidir sobre su atención médica. Para hacerlo, debe contar con la asesoría de un comité de ética o con la aprobación de otro médico. Puede registrar por escrito lo que desea para asegurarse de que se respete. La persona que designe en su directriz anticipada no tendrá derecho a rechazar procedimientos de mantenimiento de la vida, tales como el uso de sondas para suministrarle alimentos o líquidos, a menos que:

- a. Usted haya designado a esa persona para que tome decisiones de atención de la salud por usted en un poder notarial permanente para la atención de la salud.
- b. Un tribunal haya asignado a esa persona como su tutor para tomar decisiones de atención de la salud por usted.
- c. Usted haya indicado en una directiva anticipada que no desea este tratamiento específico. Si necesita ayuda para comprender las directrices anticipadas o para solicitar una copia de un testamento en vida, llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**.

Derechos y responsabilidades de los miembros

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

Derechos de los miembros:

1. Tiene derecho al respeto, la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y la no discriminación. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - a. Ser tratado con imparcialidad y respeto.
 - b. Saber que se mantendrá la privacidad y confidencialidad de sus registros médicos y las conversaciones con sus Proveedores.
2. Tiene derecho a una oportunidad razonable de elegir un Plan de atención de la salud y un Proveedor de Atención Primaria. Este es el médico o Proveedor de atención médica que usted consultará la mayor parte del tiempo y que coordinará su atención. Tiene derecho a cambiar de Plan o Proveedor de manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - a. Recibir información sobre cómo elegir y cambiar su Plan de salud y Proveedor de Atención Primaria.
 - b. Elegir cualquier Plan de salud que desee que esté disponible en su área y elegir su Proveedor de Atención Primaria de ese Plan.
 - c. Cambiar su Proveedor de Atención Primaria.
 - d. Cambiar su Plan de salud sin que se aplique una multa.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar su Plan de salud o su Proveedor de Atención Primaria.
3. Tiene derecho a realizar preguntas y recibir respuestas sobre todo lo que no comprenda. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - a. Recibir explicaciones de su Proveedor sobre sus necesidades de atención de la salud y sobre las distintas formas en que se pueden tratar sus problemas de salud.
 - b. Recibir explicaciones sobre las razones por las que su atención o servicios fueron negados y no fueron proporcionados.
4. Tiene derecho a aceptar o rechazar un tratamiento y participar de manera activa en las decisiones sobre los tratamientos. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - a. Trabajar como parte de un equipo con su Proveedor para decidir qué atención de la salud es la mejor para usted.
 - b. Aceptar o rechazar el tratamiento que haya recomendado su Proveedor.

5. Tiene derecho a usar cada proceso de Quejas y Apelaciones disponible a través de la Organización de Atención Administrada y a través de Medicaid, y a obtener una respuesta oportuna a las Quejas, Apelaciones, revisiones médicas externas y audiciones imparciales estatales. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - a. Presentar una Queja ante su Plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre su atención de la salud, su Proveedor o su Plan de salud.
 - b. Recibir una respuesta a su Queja en forma oportuna.
 - c. Usar el proceso de Apelación del Plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d. Solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal del programa estatal de Medicaid y obtener información sobre cómo funciona ese proceso.
 - e. Solicitar una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
6. Tiene derecho a recibir acceso en forma oportuna al tipo de atención que no tiene ninguna barrera física o de comunicación para su acceso. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana a fin de obtener cualquier Atención de Urgencia o de emergencia que necesite.
 - b. Recibir atención médica en forma oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de un Proveedor de atención médica. Esto incluye el acceso libre de obstáculos para personas con discapacidades u otras afecciones que limitan la movilidad, de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
 - d. Disponer de servicios de intérpretes, si es necesario, durante las citas con sus Proveedores y cuando hable con su Plan de salud. Los intérpretes incluyen personas que hablan su lengua materna, que ayudan a alguien con una discapacidad o que le ayudan a comprender la información.
 - e. Recibir información que pueda comprender sobre las reglas de su Plan de salud, incluidos los servicios de atención de la salud que puede obtener y cómo obtenerlos.
7. Tiene derecho a no ser sometido a ninguna limitación o aislamiento cuando es para la conveniencia de otra persona, o para forzarle a hacer algo que no desee, o para penalizarle.
8. Tiene derecho a saber que los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención que le atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, la atención médica y el tratamiento. El Plan de salud no puede impedir que le brinden esta información, aun si la atención o el tratamiento no es un servicio cubierto.
9. Tiene derecho a saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y otras personas no pueden exigirle que pague copagos ni ningún otro monto por los servicios cubiertos.
10. Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros de su Plan de salud.

Otros detalles del Plan

Responsabilidades de los miembros:

1. Debe conocer y comprender cada derecho que tiene conforme al programa Medicaid. Esto incluye las siguientes responsabilidades:
 - a. Conocer y comprender sus derechos respecto del programa Medicaid.
 - b. Realizar preguntas si no comprende sus derechos.
 - c. Conocer qué opciones de Planes de salud están disponibles en su área.
2. Debe cumplir con las políticas y los procedimientos del Plan de salud y Medicaid. Esto incluye las siguientes responsabilidades:
 - a. Conocer y cumplir con las reglas de su Plan de salud y las reglas de Medicaid.
 - b. Elegir su Plan de salud y un Proveedor de Atención Primaria rápidamente.
 - c. Realizar cualquier cambio en su Plan de salud y su Proveedor de Atención Primaria de acuerdo con las formas establecidas por Medicaid y el Plan de salud.
 - d. Cumplir con sus citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
 - f. Siempre comunicarse primero con su Proveedor de Atención Primaria para las necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - g. Asegurarse de tener la aprobación de su Proveedor de Atención Primaria antes de recibir la atención de un Especialista.
 - h. Comprender cuándo debe y cuándo no debe ir a una sala de emergencias.
3. Debe compartir información sobre su salud con su Proveedor de Atención Primaria y obtener información sobre las opciones de servicio y tratamiento. Esto incluye las siguientes responsabilidades:
 - a. Informar a su Proveedor de Atención Primaria sobre su salud.
 - b. Hablar con sus Proveedores sobre sus necesidades de atención de la salud y formular preguntas sobre las distintas formas en que se pueden tratar sus problemas de atención de la salud.
 - c. Ayudar a sus Proveedores a obtener sus registros médicos.
4. Debe involucrarse en las decisiones relacionadas con el servicio y las opciones de tratamiento, realizar elecciones personales y tomar medidas para mantenerse saludable. Esto incluye las siguientes responsabilidades:
 - a. Trabajar como equipo con su Proveedor para decidir qué atención de la salud es la mejor para usted.
 - b. Comprender cómo las cosas que hace pueden afectar su salud.
 - c. Hacer el mejor esfuerzo para permanecer saludable.
 - d. Tratar a los Proveedores y al personal con respeto.

- e. Hablar con su Proveedor sobre todos sus medicamentos.
- f. Debe seguir los planes y las instrucciones de atención acordados

Si cree que ha recibido un trato injusto o que le han discriminado, llame a la línea gratuita del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) al 1-800-368-1019. En el sitio de Internet www.hhs.gov/ocr, también puede ver información relacionada con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

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

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, puede solicitar y obtener la siguiente información cada año:

- Información sobre Proveedores de la Red: información sobre médicos de atención primaria, Especialistas y hospitales en nuestra área de servicio, como mínimo. Esta información incluirá nombres, direcciones, números de teléfono e idiomas hablados (que no sean inglés) de cada Proveedor de la Red, además de la identificación de Proveedores que no aceptan nuevos pacientes y, cuando corresponda, calificaciones profesionales, especialidad, facultad de medicina a la que asistió, fecha de finalización de la residencia y estado de la certificación de la junta médica.
- El miembro tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, profesionales y Proveedores, y los derechos del miembro
- Cualquier limitación que afecte su libertad de elección entre los Proveedores de la Red
- Sus derechos y responsabilidades
- Información sobre Quejas, Apelaciones, revisión médica externa y procedimientos de audiencia imparcial estatal
- Información sobre los beneficios disponibles en virtud del programa Medicaid, incluidos el monto, la duración y el alcance de los beneficios. Esto está diseñado para garantizar que comprenda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, incluidos los requisitos de autorización
- Cómo puede obtener beneficios, incluidos los servicios de planificación familiar, de Proveedores fuera de la Red y límites a esos beneficios

Otros detalles del Plan

- De qué manera puede obtener cobertura de servicios de emergencia o fuera del horario de atención y los límites para estos tipos de beneficios, que incluye lo siguiente:
 - Qué constituye una afección médica de emergencia, Servicios de Emergencia y servicios posteriores a la estabilización
 - El hecho de que no necesita una Autorización Previa por parte de su Proveedor de Atención Primaria para los servicios de atención de emergencia
 - Cómo obtener Servicios de Emergencia, incluidas instrucciones sobre cómo usar el sistema telefónico del **9-1-1** o su equivalente local
 - Las direcciones de cualquier lugar donde los Proveedores y hospitales presten Servicios de Emergencia cubiertos por Medicaid
 - Una declaración que exprese que tiene derecho a utilizar cualquier hospital u otra instalación para atención de emergencia
 - Normas de los servicios posteriores a la estabilización
- Política sobre referidos para atención especializada y para otros beneficios que no puede obtener a través de su Proveedor de Atención Primaria
- Guía sobre las prácticas de UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan debe proporcionar información a los miembros sobre cómo evalúa la nueva tecnología para su inclusión como un beneficio cubierto. UnitedHealthcare revisa los nuevos procedimientos y dispositivos para determinar si son seguros y eficaces para los miembros. Si se determina que lo son, pueden estar cubiertos. Si la nueva tecnología se convierte en un servicio cubierto, seguirá las normas del Plan, incluida la necesidad médica. Puede publicar esta información en boletines informativos, folletos para miembros u otros materiales para miembros. Si opta por boletines informativos, UnitedHealthcare Community Plan debe publicar esta información cada año.

Tiene derecho a recibir un trato respetuoso y digno, incluso a no experimentar abusos, negligencia ni explotación

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

El **abuso** es un daño mental, emocional, físico o sexual, o no prevenir dicho daño.

La **negligencia** provoca inanición, deshidratación, exceso de medicación o medicación insuficiente, condiciones de vida insalubres, etc. También incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

La **explotación** es el uso indebido de los recursos de otra persona para obtener un beneficio personal o monetario. Esto incluye tomar cheques del Seguro Social o Ingresos del Seguro Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), abusar de una cuenta de cheques conjunta y tomar bienes y otros recursos.

Cómo informar el abuso, la negligencia y la explotación

La ley exige que usted informe sospechas de abuso, negligencia o explotación, incluido el uso no aprobado de restricciones o medidas de aislamiento por parte de un Proveedor.

Llame al 9-1-1 en caso de situaciones potencialmente mortales o de emergencia.

Informar por teléfono (situaciones que no son de emergencia); las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin cargo

Informe a la Comisión de Salud y Servicios Humanos llamando al 1-800-458-9858 si la persona sometida a abuso, negligencia o explotación vive o recibe servicios de los siguientes:

- Centro de enfermería;
- Centro de residencia asistida;
- Centro de cuidado diurno para adultos;
- Proveedor de cuidado tutelar para adultos con licencia; o
- Agencia de Servicios de Apoyo en el Hogar y la Comunidad (Home and Community Support Services Agency, HCSSA) o Agencia de Salud en el Hogar.

Las sospechas de abuso, negligencia o explotación por parte de una Agencia de Servicios de Apoyo en el Hogar y la Comunidad también deben informarse al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (Department of Family and Protective Services, DFPS). Informe cualquier otra sospecha de abuso, negligencia o explotación al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección. Para ello, llame al 1-800-252-5400.

Otros detalles del Plan

Informar por vía electrónica (situaciones que no sean de emergencia)

Visite <https://txabusehotline.org>. Este es un sitio web seguro. Deberá crear una cuenta y un perfil protegidos con contraseña.

Información útil para presentar un informe

Al denunciar abuso, negligencia o explotación, es útil tener los nombres, las edades, las direcciones y los números de teléfono de todas las personas involucradas.

Fraude y abuso

¿Desea denunciar una situación de malgasto, abuso o fraude?

Infórmenos si considera que un médico, un dentista, un farmacéutico en una farmacia, otros Proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios no está actuando de forma correcta, ya que esto podría constituir malgasto, abuso o fraude y está prohibido por la ley. Por ejemplo, infórmenos si cree que alguien comete alguno de los siguientes actos:

- Está recibiendo un pago por servicios que no se prestaron o que no fueron necesarios
- No está diciendo la verdad sobre una afección médica para obtener tratamiento médico
- Está permitiendo que otra persona use su identificación de Medicaid
- Está usando la identificación de Medicaid de otra persona
- No está diciendo la verdad sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para obtener beneficios

Para denunciar una situación de malgasto, abuso o fraude, elija una de las siguientes opciones:

- Llame a la línea de la Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite <https://oig.hhs.texas.gov/> y haga clic en “Report Fraud” (Informar fraude) para completar un formulario en línea; o
- Informe a su Plan de salud de manera directa:

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

Para denunciar una situación de malgasto, abuso o fraude, recopile toda la información que pueda

Al informar sobre un Proveedor (por ejemplo, médico, dentista, asesor, etc.), incluya lo siguiente:

- Nombre, dirección y número de teléfono del Proveedor
- Nombre y dirección del centro (hospital, hogar para ancianos, agencia de salud en el hogar, etc.)
- Número de Medicaid del Proveedor y del centro, si los tiene
- Tipo de Proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
- Nombres y los números de teléfono de otros testigos que pueden contribuir a la investigación
- Fechas de los eventos
- Un resumen de lo que sucedió

Al informar sobre alguien que recibe beneficios, incluya lo siguiente:

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

Tiene derecho a recibir un trato respetuoso y digno, incluso a no experimentar abusos, negligencia ni explotación

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

El abuso es un daño mental, emocional, físico o sexual, o no prevenir dicho daño.

La **negligencia** provoca inanición, deshidratación, exceso de medicación o medicación insuficiente, condiciones de vida insalubres, etc. También incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

La **explotación** es el uso indebido de los recursos de otra persona para obtener un beneficio personal o monetario. Esto incluye tomar cheques del Seguro Social o Ingresos del Seguro Suplementario (SSI), abusar de una cuenta de cheques conjunta y tomar bienes y otros recursos.

Otros detalles del Plan

Cómo informar el abuso, la negligencia y la explotación

La ley exige que usted informe sospechas de abuso, negligencia o explotación, incluido el uso no aprobado de restricciones o medidas de aislamiento por parte de un Proveedor. Llame al **9-1-1** en caso de situaciones potencialmente mortales o de emergencia.

Informar por teléfono (situaciones que no son de emergencia); las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin cargo

Llame a la Comisión de Salud y Servicios Humanos al **1-800-458-9858** e informe si la persona sometida a abuso, negligencia o explotación vive o recibe servicios de los siguientes:

- Centro de enfermería;
- Centro de residencia asistida;
- Centro de cuidado diurno para adultos;
- Proveedor de cuidado tutelar para adultos con licencia; o
- Agencia de Servicios de Apoyo en el Hogar y la Comunidad (HCSSA) o Agencia de Salud en el Hogar.

Las sospechas de abuso, negligencia o explotación por parte de una Agencia de Servicios de Apoyo en el Hogar y la Comunidad también deben informarse al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS). Informe cualquier otra sospecha de abuso, negligencia o explotación al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección. Para ello, llame al **1-800-252-5400**.

Informar por vía electrónica (situaciones que no sean de emergencia)

Visite <https://txabusehotline.org>. Este es un sitio web seguro. Deberá crear una cuenta y un perfil protegidos con contraseña.

Información útil para presentar un informe

Al denunciar abuso, negligencia o explotación, es útil tener los nombres, las edades, las direcciones y los números de teléfono de todas las personas involucradas.

Glosario de terminología de atención administrada

Apelación: una solicitud para que su Organización de Atención Administrada vuelva a revisar una denegación o un Reclamo.

Queja: un Reclamo que usted comunica a su aseguradora o Plan de salud.

Equipo Médico Duradero (DME): equipo solicitado por un Proveedor de atención médica para uso diario o prolongado. La cobertura del Equipo Médico Duradero puede incluir, entre otros, equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o suministros para personas con diabetes.

Afección Médica de Emergencia: una enfermedad, una lesión, un síntoma o una afección tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños.

Transporte Médico de Emergencia: servicios de ambulancia terrestre o aérea para una Afección Médica de Emergencia.

Atención en la Sala de Emergencias: Servicios de Emergencia que recibe en una sala de emergencias.

Servicios de Emergencia: evaluación de una Afección Médica de Emergencia y tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios Excluidos: servicios de atención de la salud que su seguro o Plan de salud no paga ni cubre.

Reclamo: una Queja a su aseguradora o Plan de salud.

Servicios y Dispositivos de Habilitación: servicios de atención de la salud como fisioterapia o terapia ocupacional que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

Atención de la Salud en el Hogar: servicios de atención de la salud que una persona recibe en el hogar.

Servicios de Hospicio: servicios para brindar comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización: atención en un hospital que requiere admisión como paciente hospitalizado y generalmente requiere una estadía nocturna.

Otros detalles del Plan

Atención Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios: atención en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía nocturna en él.

Medicamento Necesario: servicios o suministros de atención de la salud necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que cumplen con los estándares de medicina aceptados.

Red: los centros, Proveedores y prestadores que su aseguradora o Plan de salud contrató para brindar servicios de atención de la salud.

Proveedor No Participante: un Proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora de salud o Plan para proporcionarle servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener la autorización de su aseguradora de salud o Plan para obtener servicios de un Proveedor No Participante en lugar de un Proveedor Participante. En casos limitados, como cuando no hay otros Proveedores, su aseguradora de salud puede cubrir el costo de las visitas a un Proveedor No Participante.

Proveedor Participante: un Proveedor que tiene un contrato con su aseguradora de salud o Plan para proporcionarle servicios cubiertos.

Servicios Médicos: servicios de atención de la salud que un médico autorizado (M.D. [Médico] o D.O. [Médico en Medicina Osteopática]) proporciona o coordina.

Plan: un beneficio, como Medicaid, que proporciona y paga sus servicios de atención de la salud.

Autorización Previa: decisión de su aseguradora o Plan de salud de que un servicio de atención de la salud, plan de tratamiento, medicamento recetado o Equipo Médico Duradero que usted o su Proveedor hayan solicitado es Medicamento Necesario. Esta decisión o aprobación, a veces denominada Autorización Previa, aprobación previa o certificación previa, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La Autorización Previa no constituye una promesa de que su seguro o Plan de salud cubrirá el costo.

Cobertura de Medicamentos Recetados: seguro de salud o Plan que ayuda a pagar los Medicamentos Recetados.

Medicamentos Recetados: medicamentos que requieren una receta en virtud de la ley.

Médico de Cabecera: un médico (M.D. [Médico] o D.O. [Médico en Medicina Osteopática]) que proporciona o coordina directamente una variedad de servicios de atención de la salud para un paciente.

Proveedor de Atención Primaria: un médico (M.D. [Médico] o D.O. [Médico en Medicina Osteopática]), miembro del personal de enfermería practicante, Especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que proporciona, coordina o facilita el acceso de un paciente a una variedad de servicios de atención de la salud.

Proveedor: un médico (M.D. [Médico] o D.O. [Médico en Medicina Osteopática]), profesional de atención médica o centro de atención de la salud con licencia, certificado o acreditado, según lo exija la ley estatal.

Servicios y Dispositivos de Rehabilitación: servicios de atención de la salud, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a que una persona estaba enferma, herida o discapacitada.

Atención de Enfermería Especializada: servicios de personal de enfermería con licencia en su propio hogar o en un hogar para ancianos.

Especialista: un médico Especialista se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Atención de Urgencia: atención para una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

Por ley, nosotros¹ debemos proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartirla con otras personas o entidades.
- Qué derechos tiene sobre ella.

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con los siguientes:

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud para ciertos propósitos.

Esto es necesario para su tratamiento, para el pago de su atención y para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos usar o compartir su información de salud de la siguiente forma:

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

93 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

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

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente forma:

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas que participan en su atención.** Puede ser un miembro de la familia en una emergencia. Esto podría suceder si usted no puede aceptar u objetar la atención. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información de salud como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para actividades de salud pública.** Esto podría realizarse para evitar el brote de enfermedades.
- **Para reportar abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información de salud. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia autorizada por ley a recibir la información de salud. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.

Otros detalles del Plan

- **Para hacer cumplir la ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una emergencia o un desastre natural.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para indemnización de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar enfermedades o incapacidades.
- **Para proporcionar información acerca de defunciones.** Puede ser para el médico forense o el inspector médico. Para identificar a un difunto, determinar la causa de defunción, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información de salud a los directivos de las funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionarles atención de la salud; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para Nuestros Socios Comerciales** en caso de que sea necesario para que le brinden sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información de salud. No se les permite usar la información de salud, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información médica que se enumera a continuación. Cumpliremos si se aplican leyes más estrictas.
 1. Abuso de alcohol y sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso o abandono de niños o adultos, incluido el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Medicamentos recetados
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

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

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

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

Otros detalles del Plan

- **Solicitar que corrijamos o modifiquemos** su información de salud. Según dónde viva, también puede solicitarnos que eliminemos su información de salud. Si no podemos hacerlo, se lo informaremos. Si no podemos hacerlo, puede escribirnos e indicar por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo usar sus derechos

- **Para Comunicarse con su Plan de Salud. Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.** O puede comunicarse con el Centro de Atención de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY/RTT **711**.
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo postal a la siguiente dirección: UnitedHealthcare Privacy Office MN017-E300, P.O. Box 1459, Minneapolis MN 55440
- **Período.** Responderemos a su solicitud telefónica o por escrito en un plazo de 30 días.
- **Para presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una Queja a la dirección mencionada anteriormente.

También puede notificar al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una Queja.

¹ Este Aviso sobre prácticas de privacidad de información médica se aplica a los siguientes planes de seguro médico que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of America; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; y UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud está completa a partir de la fecha de entrada en vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los Planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

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

Aviso de privacidad de la información financiera

ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN FINANCIERA SE PUEDE USAR Y COMPARTIR. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

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

Información que recopilamos

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

Divulgación de la información financiera personal

Solo compartiremos información financiera personal según lo permita la ley.

Podemos compartirla para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos compartirla con nuestras filiales. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

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

Confidencialidad y seguridad

Limitamos el acceso a su información financiera personal a empleados y proveedores de servicios, y mantenemos salvaguardas para protegerla.

Otros detalles del Plan

Preguntas sobre este aviso

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

² Para los propósitos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie de la página 1, desde la última página de Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of ME, Inc.; Healthplex of NC, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Management, LLC; Life Print Health, Inc.; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Global Solutions (India) Private Limited; Optum Health Care Solutions, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Arizona, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators of Texas, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; U.S. Behavioral Health Plan, California; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; y USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de privacidad de la información financiera solo tiene vigencia donde se requiere por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros de atención de la salud en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros Planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Esta lista de Planes de salud está completa a partir de la fecha de entrada en vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los Planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.



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

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

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

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

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

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

Internet:

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

Formas para las quejas se encuentran disponibles en:

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

Teléfono:

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

Correo:

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

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

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

CSTX21MC4914989_000

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 100
o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

[Índice](#)

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

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



Estamos aquí para usted

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**; las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1**. También puede visitar nuestro sitio web UHCCommunityPlan.com.

UnitedHealthcare Community Plan
Regional Service Delivery Area Office
14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478

UHCCommunityPlan.com

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

**United
Healthcare
Community Plan**

103 ¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com,
o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

